



FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX

Avis du Fonds des accidents médicaux rendu en vertu de l'article 21 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Vu la demande d'avis introduite le 1^{er} septembre 2012 au nom de Madame X née le xx/xx/1955 ;

Vu l'accusé de réception envoyé le 27 septembre 2012, conformément à l'article 15 alinéa 1^{er} de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (ci-après, la loi);

Vu le dossier médical interne constitué des pièces communiquées à l'appui de la demande d'avis et de celles obtenues à l'initiative du Fonds des accidents médicaux (ci-après, le Fonds) ;

Vu le rapport d'expertise contradictoire rendu le 31 janvier 2014 par le Dr Q à la demande du Fonds, en exécution de l'article 17 § 2 de la loi.

<p><u>Patiente :</u></p> <p>Madame X née le xx/xx/1955 et décédée le xx/xx/2011</p> <p><u>Demandeur :</u></p> <p>Monsieur Y en sa qualité d'ayant-droit de la patiente</p> <p><u>Mandataire du demandeur :</u></p> <p>Me R</p> <p><u>Médecin-conseil du demandeur :</u></p> <p>Docteur S</p>	<p><u>Prestataires de soins concernés :</u></p> <p>Professeur A</p> <p>Professeur B</p> <p>Docteur C</p> <p>Docteur D</p> <p>Hôpital K</p> <p><u>Assureur RC Médicale de K</u></p> <p>T</p> <p><u>Médecin-conseil d'K</u></p> <p>Docteur U</p>
	<p><u>Conseil de K</u></p> <p>Maître V</p>

I. FAITS

Madame X (née le xx/xx/1955) a travaillé en tant que juriste dans le cabinet d'avocat de son père de 1985 à xxxx. Elle a souffert d'une dépression suite à la faillite de son père.

Madame X, selon les dires de son médecin généraliste, le Dr W présentait une pathologie dépressive majeure qui ne lui permettait pas une existence propre. Sa seule possibilité de survie consistait en une surveillance constante de son compagnon, Monsieur Y. Ce dernier lui assurait tant son alimentation que ses traitements médicamenteux ainsi qu'une présence continue de surveillance.

Le 25 octobre 2008, Madame X avait fait une tentative de suicide et avait été admise à l'hôpital K par la police. Elle se montrait agressive et vivait dans un appartement totalement insalubre¹.

Le 24 avril 2011 (dimanche de Pâques), Monsieur Y a dû s'absenter quelques heures pour faire des courses.

A son retour, il s'est rendu compte que sa compagne avait absorbé beaucoup de médicaments dont 20 comprimés de LENDORMIN et 30 comprimés d'Acédicone. Il a expliqué à l'expert que les comprimés étaient cachés mais qu'il restait une boîte dans un tiroir.

Monsieur Y a contacté le Centre Anti-Poisons (C.A.P.) à trois reprises à 18h37, 19h05 le 24 avril et 4h03 le 25 avril 2011 (lundi de Pâques).

Le Dr L, directeur du centre antipoison a écrit en date du 16 avril 2014 au FAM que le Docteur M a noté avoir reçu un appel à **18:37** :

- Appel en provenance d'un gsm et noté comme venant d'un membre de la famille de la victime
- Circonstances : conduite suicidaire
- Lieu : intoxication survenue à la maison
- Prise de 20 comprimés de LENDORMIN 0,25 mg chez une femme adulte de 55 ans, 120 kg, survenue 2 heures avant l'appel.
- Symptomatologie : le code symptôme indique une somnolence.

Le médecin a noté que la patiente prend habituellement 8 comprimés par jour de LENDORMIN depuis plusieurs années. La patiente est également traitée par méthadone dont elle a pris la dose prescrite par son médecin. Dans la zone de traitement conseillé, les cases « sur place » « intervention médicale » et « hôpital » sont cochées.

Le Docteur M a noté avoir reçu un appel à **19h 05**, soit 28 minutes plus tard. Il a repris les mêmes informations que sur la fiche de 18 :37 et a lié les deux fiches. Il a mentionné en outre que la patiente est réveillable ; que la patiente s'est réveillée spontanément puis s'est rendormie.

Le Dr M a mentionné avoir reçu un appel à **4h03** du matin. On lui a demandé seulement des informations concernant le LENDORMIN. On ne lui a pas parlé de victime. Cette fiche n'a pas été liée aux deux précédentes.

Monsieur Y, constatant que le sommeil de Madame X devenait plus profond, a appelé le SAMU à 4h05².

Le SAMU est arrivé avec le Dr N. Sur base des explications données par Monsieur Y, un diagnostic d'intoxication médicamenteuse a été posé d'embée.

Madame X, qui était dans le coma (mais réveillable) et en insuffisance respiratoire, a été immédiatement intubée et ventilée mécaniquement pour éliminer les médicaments ingérés³.

¹ Voir rapport d'expertise du Dr Q p. 14

² Voir mail du 16/04/2013 de Mr Y au FAM

³ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 4

Madame X a été transférée aux urgences à l'hôpital K. Madame X, qui souffrait notamment d'obésité morbide, y est arrivée dans un état d'hygiène laborieux. Madame X ne serait plus sortie de chez elle depuis un an et demi.

Lors de son admission aux urgences, le tube a été malencontreusement déplacé, ce qui a provoqué un arrêt cardiaque nécessitant une réanimation de 2 minutes. Selon le Professeur O, la sévérité de cet arrêt cardiaque a pu orienter le diagnostic initial d'intoxication médicamenteuse vers une lésion pulmonaire sous-jacente. Dans le cas contraire, en l'absence d'un tableau infectieux important, un simple déplacement du tube momentanément n'entraîne pas un arrêt cardiaque⁴.

Dès l'admission de la patiente, des biologies ont été réalisées ainsi que durant toute son hospitalisation⁵. Monsieur Y a longuement contesté et mis en doute une biologie réalisée le 25 avril 2011 à 6 :16. Il semble que cette contestation résultait d'une confusion de dates de la part de Monsieur Y qui pensait que sa compagne avait été admise le 26 avril 2011 et non le 25 avril 2011.⁶

En se basant notamment sur le passé de la patiente qui avait également été admise aux urgences en 2008 dans des conditions semblables, et sachant qu'il ne voulait pas lui administrer un antidote vu le passé et la médication de la patiente à ce moment là, le médecin de garde n'a pas estimé utile de procéder à un dosage précis des benzodiazépines. La patiente a toutefois été traitée d'emblée sur base de cette intoxication aux benzodiazépines.⁷

Une priorité a été accordée à la protection des voies respiratoires afin d'éviter des fausses déglutitions et des infections pulmonaires. Une antibiothérapie (Augmentin) a été administré tout de suite à la patiente pour traiter ses lésions pulmonaires⁸.

L'état de santé général de Madame X s'est ensuite dégradé extrêmement rapidement sur le plan cardio-circulatoire avec apparition d'un choc circulatoire et d'une fièvre importante.

Les recherches se sont alors concentrées sur la présence d'un foyer septique.

Un CT SCAN (thoracique) n'est pas réalisé étant donné que les médecins estiment celui-ci non nécessaire, les lésions pulmonaires étant suffisamment objectivées et déjà traitées par antibiotique. Ils expliquent que cet examen n'aurait rien changé à la prise en charge.

Les recherches au niveau du cœur n'ont rien donné (absence d'endocardite) ; Les recherches se sont alors concentrées au niveau abdominal.⁹

Madame X ayant présenté des vomissements fécaloïdes et des selles dans le vagin, une fistule recto-vaginale est suspectée ; A 19h00, un CT SCAN (abdominal) est effectué d'urgence au cas où Madame X aurait dû être opérée immédiatement.

À 22:00, la température de Madame X s'est élevée à 42°.

Les résultats des hémocultures effectuées à l'admission s'avèrent positives pour un germe présent dans les sécrétions bronchiques. Une Bactériémie à staphylocoques aureus est mise en évidence. Le foyer infectieux est donc confirmé au niveau des poumons.

La patiente a alors été placée sous antibiothérapie à large spectre. Néanmoins le choc septique s'est aggravé et s'est attaqué aux autres organes.

⁴ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 4

⁵ Voir liste des biologies reprises dans le rapport d'expertise du Dr Q p. 11 à 14

⁶ Voir e-mails du 7 mars 2013 et du 16 avril 2013 de Monsieur Y au FAM

⁷ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 3-4

⁸ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 3

⁹ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 5

Malgré les différentes mesures prises en vue d'enrayer le choc septique, la situation de Madame X s'est encore aggravée et a entraîné le décès de Madame X le xx/xx/2011 vers 16 heures.

Le Professeur P conclut que la cause du décès de Madame X résulte d'un choc septique dont le foyer d'origine est constitué par une pneumonie résultant de fausses déglutitions dans le cadre du coma.¹⁰

Le Professeur O soutient que la lésion pulmonaire doit être mise en lien avec l'inhalation chez cette patiente en état de coma prolongé, sans protection des voies respiratoires plusieurs heures avant l'admission et présentant des sécrétions très sales.¹¹

Le rapport d'autopsie du 02/05/2011 mentionne « aspect hépatique des lobes inférieurs pulmonaires ».

II. CADRE LEGAL DE LA DEMANDE

Dans un délai indicatif de six mois à compter de la réception de la demande, le Fonds indique, dans un avis motivé, s'il estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, ou dans un accident médical sans responsabilité, ou encore qu'il ne relève d'aucune de ces catégories¹².

Au terme de l'article 4 de la loi du 31 mars 2010, le Fonds indemnise la victime dans quatre cas :

- Un accident médical sans responsabilité à condition que le dommage soit suffisamment grave¹³ ;
- Un prestataire de soins est responsable mais sa responsabilité n'est pas ou pas suffisamment assurée¹⁴;
- Un prestataire de soins est responsable, mais celui-ci ou son assureur conteste sa responsabilité ou ne fait pas d'offre d'indemnisation, à condition que le dommage soit suffisamment grave¹⁵;
- L'assureur du prestataire responsable a fait une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante¹⁶.

III. EVALUATION DE LA DEMANDE

III.1 Eléments constitutifs du dossier médical interne:

L'avis du Fonds est rendu au regard des éléments constitutifs du dossier médical interne. Celui-ci comprend les faits retenus dans le formulaire de demande ainsi que les pièces médicales fournies par le demandeur et obtenues par le Fonds conformément à l'article 15 de la loi du 31 mars 2010

En l'espèce, le dossier médical interne contient, notamment :

- o Rapport d'expertise contradictoire de l'expert Q du 31 janvier 2014 (art 17 § 2 de la loi)
- o Pièces reçues par le Fonds des accidents médicaux (cfr inventaire des pièces aux pages 10 à 14 du rapport d'expertise du Dr Q)

III.2 : La recevabilité de la demande

¹⁰ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 6

¹¹ Voir courrier du 21/02/2014 de Me R, compte rendu de la séance d'expertise du 06/12/2013, p. 4-5

¹² Art 21, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

¹³ Art 21, 1°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

¹⁴ Art 21, 2°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

¹⁵ Art 21, 3°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

¹⁶ Art 21, 4°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

Eu égard aux éléments constitutifs du dossier, le Fonds estime qu'en ce qui concerne sa compétence territoriale, matérielle, temporelle et la qualité du demandeur, la demande est recevable.

III.2 Questions médicales soumises au Fonds :

Le diagnostic, le traitement et les soins ont-ils été accomplis comme l'aurait fait un dispensateur de soins normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, en tenant compte de l'état de la science à l'époque des faits ?

Le présent avis a également pour objectif d'examiner si, à défaut de responsabilité, le dommage subi par Madame X trouve ou non sa cause dans un accident médical sans responsabilité au sens de la loi du 31 mars 2010.

III .3 Analyse médico-juridique

Afin d'analyser la question médicale qui lui est soumise, le Fonds des accidents médicaux peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés ou organiser une expertise contradictoire s'il y'a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5 de la loi du 31 mars 2010¹⁷.

L'article 5 précité dispose que le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1°le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25% ¹⁸;
- 2°le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois ¹⁹ ;
- 3°le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ²⁰ ;
- 4°le patient est décédé ²¹.

Dans le cas d'espèce, les pièces médicales du dossier ont été analysées par les services du Fonds qui ont décidé d'organiser une expertise contradictoire dans la mesure où la patiente concernée est décédée.

À cette fin, le Dr Q, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, pharmacologie et expertises médicales a été désigné afin de diligenter les travaux d'expertise conformément à la mission arrêtée par le Fonds qui a été communiquée à toutes les parties en cause.

¹⁷ Art 17, § 2, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

¹⁸ Art 5, 1°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

¹⁹ Art 5, 2°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

²⁰ Art 5, 3°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

²¹ Art 5, 4°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

III.4.1. : Quant à la responsabilité

III.4.1.1. Notions

En droit belge, le régime général de la responsabilité civile pour faute personnelle repose sur les articles 1382 et 1383 du Code civil. Ceux-ci précisent que « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* » et que « *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence* ».

La responsabilité civile d'une personne ne peut être engagée que dans la mesure où cette dernière a commis une faute en lien causal avec le dommage qu'elle a créé.

La faute procède de l'adoption d'un comportement par action ou par omission qui s'écarte du standard requis. Le critère utilisé pour fixer ce comportement standard servira de point de comparaison avec le comportement concrètement adopté dans un cas d'espèce est celui du bon père de famille placé dans des circonstances de temps et de lieu similaires. Appliqué en matière de responsabilité médicale, cela signifie que le comportement contesté d'un médecin doit être comparé à celui d'un médecin normalement prudent et diligent « *de la même « spécialité » et placé dans les mêmes circonstances objectives de temps et de lieu* »²².

A cet égard, la Cour d'appel de Mons formule le principe précité comme suit : « le comportement du médecin doit s'apprécier, comme en droit commun, par rapport à celui qu'aurait eu, dans de semblables circonstances, tout praticien de même niveau, normalement prudent et attentif. »

Dès lors, dans un premier temps, l'étude de la responsabilité civile requiert, en l'espèce, d'examiner, si la prise en charge de Madame X était conforme aux règles de l'art et si la prise en charge de celle-ci a été effectuée comme l'aurait fait tout dispensateur de soins normalement prudent et diligent.

Ensuite, dans l'hypothèse où le Fonds considérerait qu'une faute peut être imputée à un ou plusieurs prestataires de soins, il conviendra d'examiner si cette faute est ou non en lien causal avec le dommage allégué.

III.4.1.2. Applications au cas d'espèce

1) *Quant à l'intervention du Centre Anti-Poisons et plus précisément du Dr M:*

Monsieur Y met en cause le Centre Anti-Poisons dans le formulaire de demande d'avis qu'il a adressé au Fonds des Accidents Médicaux. Le Fonds analysera par conséquent l'intervention du C.A.P.

Le Fonds relèvera cependant que l'intervention du C.A.P. n'a cependant pas fait l'objet de discussions dans le cadre de l'expertise contradictoire diligentée par le Dr Q. L'expert n'a relevé aucun manquement particulier dans le chef du C.A.P. ou du Dr M et n'a pas jugé utile de les mettre à la cause.

Par courrier du 16 avril 2014, le Dr L a répondu aux questions posées par le Fonds des Accidents Médicaux (voir courrier en annexe de l'avis).

Il ressort de ce courrier que les éléments qui y sont repris sont compatibles à la version des faits de Monsieur Y, en tous cas pour les deux premiers appels, soit de 18h37 et de 19h05.

²² G. GENICOT, Droit médical et biomédical, *Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège*, Larcier 2010, p. 323.

L'expert Q mentionne : « *Monsieur Y a contacté le Centre Antipoison à deux reprises. à 18h, les propos du C.A.P. étaient rassurants. Il faut réveiller une fois par heure. A chaque réveil, Madame parlait puis se rendormait* »²³. (L'expert ne mentionne rien quant à l'appel de 19h05.)

Pour le troisième appel, la version des faits de Monsieur Y relatée par l'expert et celle du C.A.P. sont différentes.

L'expert Q écrit : « *Vers 3h du matin, le 25/04/2011, le sommeil était plus profond et Monsieur rappelle le Centre Antipoison qui est encore rassurant, disant que plus de 10 heures se sont déroulées et que les médicaments devraient être digérés. Inquiet, Monsieur appelle le SMUR* »²⁴.

Le C.A.P. écrit qu'un appel est reçu le lundi 25 avril à 4h03 du matin. L'appel est noté comme provenant du public et comme une demande d'information concernant le LENDORMIN. Il n'est fait référence à aucune victime, aucun symptôme. La fiche n'a pas été liée aux deux appels précédents.

Il n'est pas possible de déterminer avec exactitude le contenu des différents échanges téléphoniques entre Monsieur Y et le C.A.P..

Lors des deux entretiens téléphoniques à 18h37 et 19h05 avec Monsieur Y, le Dr M a à chaque fois coché les trois cases « sur place – intervention médicale – hôpital » sur sa fiche.

Le Dr L du Centre Anti-Poisons explique que le Dr M ne s'est certainement pas montré rassurant. La prise en charge médicale et l'hospitalisation ont d'ailleurs été recommandée à chaque fois.

Elle écrit que dans les surdosages en benzodiazépines, en fonction du contexte (par exemple refus du patient de se rendre à l'hôpital, difficultés à mettre en place l'hospitalisation, ...) le maintien à domicile peut être considéré pour autant que le patient ne soit pas laissé seul et que l'entourage soit en mesure de surveiller que le patient reste réveillable. Les limites d'une surveillance à domicile sont alors discutées avec l'appelant et le médecin signale toujours qu'une médicalisation s'impose à la moindre suspicion d'aggravation notamment en cas de sommeil profond.

Lorsqu'un médecin estime qu'aucune intervention médicale n'est nécessaire, il coche uniquement la zone « sur place » dans la zone « lieu de traitement », ce qui ne fut pas le cas en l'espèce...

Il ressort des fiches et notes que l'hospitalisation a été recommandée. La circonstance que Monsieur Y ait décidé de ne pas directement téléphoner au SMUR, dès lors que les propos du CAP étaient rassurants du fait que Madame X s'était réveillé spontanément puis s'était rendormie ne démontre pas une faute dans le chef du le Dr M.

Les versions divergent en ce qui concerne le troisième appel.

En tout état de cause, Monsieur Y décide d'appeler les secours.

Il ressort des éléments communiqués par le Dr L du C.A.P. que le Dr M ne s'est pas limité à donner des informations concernant les effets du LENDORMIN mais qu'il a également mené un interrogatoire précis sur la situation médicale de la patiente.

Il convient de préciser qu'une intoxication aux benzodiazépines n'est pas mortelle en soi. L'expert Q indique qu'en l'absence de sepsis, un patient intoxiqué par des benzodiazépines récupère en quelques heures voire quelques jours. Il peut être placé sous respirateur. La guérison est habituelle. En cas d'infection surajoutée, l'issue est plus incertaine, allant de la guérison en quelques jours au décès brutal comme dans le cas présent.²⁵

²³ Voir rapport de l'expert Q page 8

²⁴ Voir rapport de l'expert Q page 8

²⁵ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 15

La situation du médecin du C.A.P. est cependant particulière parce qu'il ne rentre pas dans sa mission d'examiner le patient sur place. Le médecin du C.A.P. donne une information quant aux produits ingurgités et sur les mesures à prendre suite à l'ingestion de ces produits. Le médecin du C.A.P. ne peut connaître l'infection dont souffre un patient.

En l'espèce, le Dr M a recommandé une intervention médicale et/ou une hospitalisation dès les deux premiers appels de 18h37 et de 19h05.

En conclusion, et au vu de ce qui précède, aucun manquement ne peut être formellement démontré ni établi dans le chef du Dr M. Celui-ci est par conséquent considéré comme ayant agi comme un dispensateur de soins normalement diligent et prudent.

Aucune responsabilité ne peut être retenue dans le chef du Dr M ni dans celui du C.A.P. dans la gestion des appels de Monsieur Y la soirée du 24 avril 2011 et la nuit du 25 avril 2011.

2) Quant à la prise en charge de Madame X à l'hôpital K

Monsieur Y reproche à l'hôpital K :

- De ne pas avoir réalisé une analyse toxicologique concernant le Lendormin et donc de ne pas avoir donné à sa compagne la chance de recevoir un antidote ;
- De ne pas avoir réalisé une analyse d'orientation générale à l'admission (hémato, rein, foie, ...) mais seulement 20 h plus tard, où il existait une insuffisance hépatique, secondaire à une intoxication médicamenteuse ;
- D'avoir laissé mourir Madame X d'une insuffisance respiratoire secondaire à une intoxication médicamenteuse.

1. Quant à l'absence d'analyse toxicologique pour le LENDORMIN et l'absence d'antidote donné à Madame X

Monsieur Y reproche aux prestataires de soins de ne pas avoir réalisé une analyse toxicologique concernant le Lendormin et donc de ne pas avoir donné à sa compagne la chance de recevoir un antidote.

L'expert Q écrit que la prise en charge de la patiente a été classique.

La patiente a bien été considérée comme présentant une intoxication aux benzodiazépines, certes sur base d'un ancien résultat. (Le Lendormin est un benzodiazépine).

L'expert ne relève aucun manquement dans le chef des prestataires de soins.

L'expert précise que l'absence d'analyse toxicologique n'a pas fait perdre à Madame X la chance de recevoir un antidote, puisque ceci n'était pas indiqué chez elle.

Un antidote, dans le cas présent de la patiente utilisant des traitements de longue date (déjà en 2008, selon le dossier d'une précédente admission aux urgences), risquait de déclencher un sevrage brutal et une crise d'épilepsie²⁶.

L'expert précise : « Par ailleurs, on peut garder avec une assistance respiratoire des patients intoxiqués par des benzodiazépines pendant une semaine sans problème. »²⁷

²⁶ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 15-16 et 8

²⁷ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 9

Aucun manquement n'est retenu dans le chef des prestataires de soins. Après examen du dossier et des arguments des parties de part et d'autre, l'expert considère qu'aucune faute ne peut leur être reprochée de ne pas avoir administré d'antidote à Madame X.

2. Quant à la biologie du 25/04/2011 à 6h16

Monsieur Y reproche à l'hôpital K de ne pas avoir réalisé une analyse d'orientation générale à l'admission (hémato, rein, foie, ...) mais seulement 20 h plus tard, où il existait une insuffisance hépatique, secondaire à une intoxication médicamenteuse.

En raison de sa dépression et de sa douleur suite à la perte de sa compagne, Mr Y a confondu les dates et a cru jusqu'en avril 2013 que Madame X n'avait été hospitalisée qu'un jour à savoir le 26 avril 2011 et non à partir du 25 avril 2011²⁸.

Dans le cadre de la procédure d'expertise, l'expert Q a pu prendre connaissance de toutes les biologies effectuées pendant l'hospitalisation de Madame X et il a bien confirmé qu'il y a bien eu une biologie à l'admission (25/04/2011 à 6h16).²⁹

Aucun manquement ne peut être relevé dans l'attitude des prestataires de soins mis en cause dans la prise en charge de Madame X.

3. Quant au grief d'avoir laissé mourir Madame X sans lui donner les soins appropriés

L'expert Q confirme que la prise en charge de la patiente a été classique.

L'expert Q écrit :

«4. La patiente a présenté une infection respiratoire diagnostiquée cliniquement (expectorations purulentes, température, etc.), une iconographie par scanner n'aurait rien apporté ni au diagnostic ni au traitement.

*5. Un scanner abdominal a été réalisé à la recherche d'une fistule entre le vagin et le système digestif, car des selles étaient retrouvées dans le vagin. Par ailleurs, la patiente présentait un état d'hygiène pour le moins douteux à l'admission ».*³⁰

L'expert écrit la recherche de diagnostic a évoqué une intoxication aux BZD (benzodiazépines) puis une infection. La thérapeutique adéquate a été apportée, notamment des antibiotiques³¹.

Comme déjà discuté, le CT scan thoracique était inutile puisque le diagnostic d'infection pulmonaire était posé cliniquement (et traitée d'emblée). Par contre le CT scan abdominal recherchait l'origine des matières fécales vaginales.³²

L'expert conclut que différentes fonctions de la patiente se sont dégradées au cours du temps ce qui a conduit à l'issue fatale. Il est hasardeux de dire que ceci est dû aux traitements administrés.³³

L'expert Q conclut que la patiente est décédée dans les suites d'un choc septique, d'ailleurs confirmé par l'autopsie.³⁴ Il précise que l'autopsie confirme bien une infection pulmonaire : « aspect hépatique des lobes inférieurs »³⁵

²⁸ Voir e-mails du 7 mars 2013 et du 16 avril 2013 de Monsieur Y au FAM

²⁹ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 16

³⁰ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 9-10

³¹ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 19

³² Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 19

³³ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 20

L'expert conclut que le déplacement accidentel du tube n'a pas pu entraîner une pneumonie.³⁶

L'expert Q conclut que le diagnostic, le traitement et les soins ont été accomplis comme l'aurait fait un dispensateur de soins normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, en tenant compte de l'état de la science à l'époque des faits.

Le décès de Madame X ne revêt pas de caractère anormal, vu la situation à l'admission. Le décès, dans cette situation précise, est une issue possible.

Le Fonds des Accidents Médicaux se rallie aux conclusions de l'expert Q lesquelles sont détaillées, précises et concordantes.

Aucun manquement ne peut être mis en évidence ni retenu dans le chef des dispensateurs de soins concernés. Aucune responsabilité ne peut leur être imputée dans le décès malheureux de Madame X.

III.4.2. : Quant à l'accident médical sans responsabilité

III. 4. 2. *Notions*

La loi du 31 mars 2010 a instauré un nouveau droit subjectif qui permet dans certaines conditions d'obtenir une indemnisation lorsqu'un patient est victime d'un **accident médical** ayant occasionné un dommage grave, sans que la responsabilité d'un prestataire de soins ne soit établie.

Dans la mesure où le Fonds n'a pas pu établir de responsabilité dans la cadre de l'accident médical dont a été victime Madame X , il convient de vérifier si ce-dernier remplit les conditions requises pour bénéficier de ce nouveau droit.

L'accident médical sans responsabilité est définie à l'article 2 7° de la loi du 31 mars 2010 :

« Un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité ».

Un accident médical sans responsabilité suppose donc la présence de quatre éléments :

- L'accident doit résulter d'une prestation de soins de santé : « services dispensés par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie ».
- L'accident ne peut pas engager la responsabilité d'un prestataire de soins.
- L'accident ne doit pas résulter de l'état du patient : Le dommage doit résulter d'une prestation de soins de santé et non pas de l'aggravation de l'état du patient.
- Le dommage doit être anormal : Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas du se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible .

³⁴ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 10

³⁵ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 19

³⁶ Voir rapport d'expertise du Dr Q, p. 20

Lorsque les éléments constitutifs de l'accident médical sans responsabilité sont réunis, une indemnisation à charge du Fonds peut être octroyée, si le dommage occasionné est suffisamment grave.

Le dommage est considéré comme grave lorsqu'au moins une des conditions suivantes est remplie :

- le patient subit une invalidité permanente d'au moins 25 % ;
- le patient subit une incapacité temporaire de travail pendant au moins six mois consécutifs ou six mois non-consécutifs sur une période de douze mois ;
- le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- le patient est décédé.

III. 4. 2. *Application au cas d'espèce*

Pour que le Fonds intervienne, l'accident médical doit résulter d'une prestation de soins de santé.

En l'espèce, le Fonds estime, eu égard à l'exposé des faits détaillé relatif à l'hospitalisation de Madame X, qu'il est impossible d'établir de lien entre le dommage (à savoir son décès) et une prestation de soins de santé.

En l'espèce le décès de Madame X résulte d'une aggravation de l'état de santé de la patiente, indépendamment de la prise en charge médicale intervenue suite à son intoxication médicamenteuse.

Le dommage allégué par Madame X, ne saurait constituer, dès lors, un accident médical sans responsabilité tel que définit par la loi du 31 mars 2010³⁷.

En conclusion, le dommage subi par Madame X ne peut être considéré comme anormal au sens de la loi et ne constitue dès lors pas un accident médical sans responsabilité indemnisable par le Fonds.

IV **CONCLUSION**

Il ressort des informations communiquées par le demandeur et du dossier constitué par le Fonds que le dommage allégué par Madame X ne résulte pas d'une faute qui aurait été commise par les différents dispensateurs de soins intervenus dans le traitement de la patiente.

En outre, le décès de la patiente résultant de l'aggravation de son état de santé, il n'est pas possible d'établir de lien entre le dommage et une prestation de soins de santé, de sorte que le Fonds ne peut intervenir au sens de la loi.

V **VOIES DE RECOURS**

Le demandeur et les parties concernées, sans préjudice de leurs actions de droit commun, peuvent intenter, conformément au Code Judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds pour contester son avis, dans les délais de droit commun.³⁸

³⁷ Art 2, 7°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

³⁸ Art 23, al.2, Loi du 31 mars 2010 : « Si dans son avis, le Fonds ne conclut pas qu'il y'a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, ou s'il conclut à l'absence de la gravité prévue à l'article 5, le demandeur, sans préjudice de ses actions de droit commun, peut intenter, conformément au Code Judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi. »

A côté de la procédure existante auprès du Fonds le demandeur et les parties concernées ont également la possibilité d'introduire une demande auprès du tribunal de première instance dans les délais de droit commun.

A Bruxelles, le/..../.....

Jo DE COCK

Directeur Général faisant fonction du FAM