Médirisq est un cabinet de courtage créé par des professionnels de santé pour des professionnels de santé

L'ACTU JURIDIQUE

« Covid or not Covid… That's the question »

contact@medirisq.fr
04 76 70 9000
www.medirisq.fr

1-Rappel des faits

Homme de 61 ans vu par son médecin traitant mi-mars 2020 dans le cadre d'une téléconsultation pour de la fièvre, des douleurs abdominales, une diarrhée ainsi qu'une perte d'appétit. Le patient présente des antécédents de diabète de type 2, d'obésité et une hypertension artérielle. Le praticien prescrit un traitement symptomatique pour le traitement d'une pharyngite avec hyperthermie. En l'absence d'amélioration, une visite à domicile est effectuée trois jours plus tard par le médecin généraliste. L'examen clinique ne retrouve aucun signe de gravité à l'auscultation. Au niveau pulmonaire, aucune anomalie ni dyspnée n'est décelée. Le praticien conclu à un syndrome viral non étiqueté et une fièvre « nue ». Il renouvelle le traitement symptomatique avec prescription d'un antimycosique oral, devant l'apparition d'un muguet buccal. Il recontacte deux jours plus tard son patient par téléphone, puis pour une téléconsultation, afin de s'enquérir de son état de santé, qui s'avère stationnaire. Dans le même temps, il lui fait passer le tout nouveau questionnaire Covid émanant du Ministère. Ce dernier ne met en évidence aucun signe d'anomalie respiratoire et le médecin préconise alors une surveillance rapprochée à domicile et la nécessité d'une hospitalisation en cas de persistance ou d'aggravation de ses symptômes. Moins de 24h plus tard, devant l'apparition d'un essoufflement au repos au cours de la nuit la femme du patient appelle alors le SAMU qui lui propose de se rapprocher de son médecin traitant dans la matinée en l'absence d'urgence identifiée. Le praticien contacte finalement lui-même son patient dans l'après-midi et prend alors connaissance de l'évolution de son état de santé avec l'apparition d'une dyspnée persistante. Il demande alors une hospitalisation en urgence par l'intermédiaire du SAMU. A l'arrivée du médecin du SAMU, le patient est debout et parle normalement mais sa saturation spontanée est à 70%. Il bénéficie d'une intubation et d'une ventilation immédiate. Une TDM thoracique est réalisée, dès l'admission à l'Hôpital en service de réanimation chirurgicale, mettant en évidence une atteinte pulmonaire bilatérale très marquée avec une hypoxémie majeure et réfractaire associée à une instabilité hémodynamique. Malgré la mise en place d'une ventilation assistée, l'état de santé de l'homme se dégrade rapidement. Une suppléance par ECMO veino-veineuse est mise en place. Malgré une ventilation en oxygène pur la saturation s'effondre. Le patient décède malheureusement 3 heures après sa prise en charge au sein de l'Etablissement d'une défaillance multiviscérale. Les prélèvements réalisés confirmeront une contamination au SARS-CoV-2.

2-Procédure

Les ayants droit de ce patient ont saisi la CCI d'une demande d'indemnisation dirigée à l'encontre du médecin généraliste, du SAMU ainsi que de l'Hôpital, pour un retard de prise en charge.

Dans son rapport, les Experts, infectiologue et médecin généraliste, relèvent que le patient a présenté un tableau clinique digestif au premier plan sans détresse respiratoire durant les premiers jours. Le suivi a été réalisé de manière consciencieuse par le médecin généraliste tant en présentiel qu'en téléconsultation. Les Experts concluent toutefois à une dégradation clinique rapide sans hospitalisation immédiate en raison d'une régulation médicale non optimale. Il est reproché au médecin du SAMU un interrogatoire très incomplet avec une évaluation partielle de l'état respiratoire du patient. Par ailleurs, ils retiennent que l'état antérieur du patient a participé à hauteur de 50 % à la survenue d'un Covid grave en raison de comorbidités importantes.

3-Décision

Dans son avis, la CCI confirme l'intégralité des conclusions expertales et retient une prise en charge non optimale de la part de la régulation du SAMU à l'origine d'une perte de chance de 20% d'éviter le décès de ce patient.

Analyse Médico-Légale

Que notre art est difficile… Nous médecins, devons entretenir nos connaissances afin d'assurer des soins conformes aux règles de l'art (*Art.33 du code de déontologie médicale*) même quand elles évoluent quotidiennement ! Ce dossier montre bien l'importance pour chacun d'entre nous de s'informer et de se former.

Les mises en cause « *Covid* » arrivent et nécessitent une approche médico-légale fine pour évaluer la qualité de la prise en charge médicale en fonction des connaissances scientifiques au jour des faits.

Cette crise a montré notre excellente réactivité sans avoir eu besoin de DPC, ou de recertification pour montrer notre capacité à *upgrader* en urgence nos connaissances scientifiques.

Avec recul aujourd'hui une perte de chance de 20 % est très surévaluée, vu l'état de santé du patient et des connaissances à l'époque des faits, ses chances de survie étaient nulles.