

CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS

180 boulevard Haussmann – 75008 PARIS

N° 12946

Dr A

Audience du 22 novembre 2016

Décision rendue publique par affichage le 17 janvier 2017

LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE,

Vu, enregistrés au greffe de la chambre disciplinaire nationale les 26 octobre et 16 novembre 2015, la requête et le mémoire présentés par Mme B ; Mme B demande à la chambre d'annuler la décision n° 2534, en date du 29 septembre 2015, par laquelle la chambre disciplinaire de première instance de Languedoc-Roussillon, a rejeté sa plainte, transmise par le conseil départemental des Pyrénées-Orientales de l'ordre des médecins, contre le Dr A, et qu'une sanction soit infligée à ce médecin ;

Mme B soutient que son mari, hospitalisé le 2 septembre 2013 à la clinique Médipôle Y, y a contracté une affection nosocomiale par staphylocoque doré ; que le Dr A a arrêté prématurément le traitement antibiotique mis en place de sorte que le germe a provoqué une septicémie foudroyante, cause de défaillances multiples et de son décès le 3 octobre 2013 ; que le Dr A qui a pris son mari en charge en sa double qualité de gastro-entérologue et d'interniste, a commis des manquements aux articles R. 4127-32, -33 et -40 du code de la santé publique ; que, lors de son premier diagnostic le 9 septembre 2013, le Dr A ne pouvait avoir aucune certitude quant à l'absence d'endocardite infectieuse alors que son mari présentait de nombreux facteurs de risques de fragilité concernant une pathologie infectieuse ; qu'il était porteur d'une bioprothèse aortique, avait un âge élevé (82 ans), souffrait de diabète de type 2 et faisait donc partie d'une groupe de patients à hauts risques ; que cela lui interdisait toute fièvre dépassant 38°C ce qui n'a malheureusement pas été le cas ; que, selon la classification diagnostique des endocardites infectieuses de la Duke University, son mari aurait dû bénéficier d'une antibiothérapie associant deux antibiotiques pendant six semaines ; que la sortie de son mari de l'hôpital le 19 septembre 2013 a été prématurée et n'a pas été assortie d'une surveillance adaptée (pas de prise de température, pas d'examens complémentaires permettant de mesurer l'effet du traitement) ; que son mari a dû être ré-hospitalisé en urgence quatre jours plus tard en raison d'une septicémie ; que le Dr A n'a pas suivi les préconisations de l'ouvrage de référence en matière de maladies infectieuses ; que les fautes caractérisées commises par le Dr A relèvent tout autant du domaine déontologique que du domaine technique ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 14 décembre 2015, la lettre par laquelle le conseil départemental des Pyrénées-Orientales fait savoir qu'il n'a pas d'observation à formuler ;

Vu, enregistrés comme ci-dessus les 23 et 28 décembre 2015, les mémoires présentés par et pour le Dr A, qualifié spécialiste en médecine interne et qualifié compétent en maladies de l'appareil digestif, qui conclut au rejet de la requête ;

CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS

180 boulevard Haussmann – 75008 PARIS

Le Dr A rappelle les faits en détail et notamment les divers examens subis par M. B lors de son hospitalisation au Médipôle Y et leurs résultats ainsi que la procédure engagée par Mme B devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et le rapport de l'expertise réalisée ; le Dr A soutient ensuite que la juridiction disciplinaire n'est pas compétente pour se prononcer sur la qualité des soins qu'il a dispensés à M. B ; que, subsidiairement au fond, la stratégie diagnostique et thérapeutique mise en œuvre a été adaptée à la pathologie digestive présentée par le patient lors de son entrée ; que le bilan digestif est resté négatif et que l'évolution clinique jusqu'au 19 septembre était favorable ; que la poursuite de la surveillance pouvait se faire à domicile ; que, s'agissant de la complication infectieuse apparue le 5 septembre 2013, imputable à une veinite sur cathéter, le Dr A a mis en œuvre une antibiothérapie adaptée pendant la durée de 14 jours recommandée ; que trois examens cardiologiques ont écarté toute suspicion d'endocardite infectieuse ; qu'il n'avait aucune indication pour transférer le patient dans un service de maladies infectieuses ni pour prolonger le traitement antibiotique ; qu'il n'a autorisé la sortie du patient le 19 septembre qu'au vu d'une évolution biologique et clinique rassurante et d'un bilan cardiologique satisfaisant ; que ce n'était pas au Dr A de se prononcer sur le type d'échographie cardiaque à mettre en œuvre ; que le risque d'endocardite infectieuse a été expressément écarté par trois examens cardiologiques ; que, pour autoriser la sortie le 19 septembre, le Dr A s'est fondé sur une synthèse du dossier du patient qui présentait un état général, clinique, cardiologique et biologique satisfaisant et en le plaçant sous surveillance régulière de son médecin traitant et de son cardiologue ; que ce dernier a revu M. B le lendemain de sa sortie et a estimé son état satisfaisant ; qu'il n'existe aucune certitude sur les causes du décès de M. B ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 9 février 2016, le mémoire présenté par Mme B qui reprend les conclusions et les moyens de sa requête ;

Mme B soutient, en outre, que le Dr A qui connaissait le terrain pathologique fragile de son mari a pris des risques avec une antibiothérapie trop brève ; que la prise en charge n'a pas été adaptée, le choix n'étant pas entre 13 ou 14 jours d'antibiotiques mais entre une telle durée et quatre ou six semaines de traitement ; que les conditions de sortie n'ont pas été satisfaisantes (aucune prise de température, courrier au médecin traitant insuffisamment directif) ; que les protocoles de traitement invoqués par le Dr A en cas de bactériémie par staphylocoque doré ne tiennent pas compte de ce qu'il s'agissait d'un patient à haut risque ; que les dires du Dr A contredisent les conclusions du rapport d'expertise ; que le Dr A ne peut affirmer que l'antibiothérapie a été efficace en l'absence d'hémocultures de vérification ; que les cardiologues consultés par le Dr A n'ont pas expressément écarté le risque d'endocardite infectieuse ; que le Dr A n'a pas pris les précautions que requerrait l'état de son patient ; qu'un faisceau de présomptions a amené les experts de la CCI à estimer qu'une endocardite silencieuse était en cours et a pu causer un accident vasculaire cérébral (AVC) ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 27 septembre 2016, le mémoire présenté par le Dr A qui reprend les conclusions et les moyens de ses mémoires précédents ;

Le Dr A soutient, en outre, que le bilan de la pathologie digestive initiale est resté négatif mais n'excluait pas la possibilité d'une maladie de Crohn grêlique ; qu'un suivi évolutif et un éventuel complément d'explorations était nécessaires ; que l'antibiothérapie probabiliste mise en place était adaptée ; que la durée de l'antibiothérapie de la bactériémie sur cathéter était conforme aux recommandations ; qu'aucune complication infectieuse n'a été découverte ; que le retour à domicile a été décidé en tenant compte de la bonne évolution clinique et biologique, des avis spécialisés recueillis excluant toute suspicion

CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS

180 boulevard Haussmann – 75008 PARIS

d'endocardite, de l'environnement familial du patient permettant une surveillance à domicile, de son intolérance à l'hospitalisation ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 5 octobre 2016, le mémoire présenté par Mme B qui reprend les conclusions et les moyens de sa requête ; en s'appuyant sur des extraits du rapport établi devant la CCI, elle réitère sa demande de sanction déontologique contre le Dr A ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 10 octobre 2016, le mémoire présenté pour le Dr A qui reprend à nouveau les conclusions et les moyens de ses précédents mémoires ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 21 décembre 2016, la note en délibéré présentée pour Mme B ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique, notamment le code de déontologie médicale figurant aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112 ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 22 novembre 2016 :

- le rapport du Dr Blanc ;
- les observations de Me Chiffert pour le Dr A et celui-ci en ses explications ;
- les observations de Mme B ;

Le Dr A ayant été invité à reprendre la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1. Considérant que M. Manuel B, âgé de 82 ans et de santé fragile, qui présentait depuis plusieurs mois des troubles digestifs avec une fièvre ondulante, a été hospitalisé le 2 septembre 2013 à la clinique Médipôle Y sur demande de son médecin traitant ; qu'il a été pris en charge par le Dr A, interniste et gastro-entérologue ; que les examens effectués (autre l'examen clinique et les examens biologiques, une échographie abdominale, un enteroscaner, une endoscopie digestive haute et une coloscopie) n'ont pas permis de déterminer la cause exacte de cette pathologie ; qu'au 4^{ème} jour de son hospitalisation, M. B a contracté une bactériémie à staphylocoque doré imputable à une veinite sur cathéter ; qu'après avoir fait réaliser une échographie cardiaque qui n'a révélé aucune anomalie, le Dr A a alors mis en place un traitement antibiotique par voie intraveineuse, d'abord par une double antibiothérapie probabiliste à large spectre puis, ce traitement s'étant révélé cliniquement et biologiquement efficace (baisse de la température, amélioration de l'état général, régression de la CRP, normalisation de la procalcitonine), et en fonction des résultats des examens bactériologiques, par une antibiothérapie ciblée ; que, compte tenu de l'amélioration obtenue et après avoir recueilli successivement l'avis de deux confrères cardiologues qui, au vu notamment des résultats d'une nouvelle échographie

CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS

180 boulevard Haussmann – 75008 PARIS

cardiaque, ont éliminé toute suspicion d'endocardite infectieuse, le Dr A a décidé le 19 septembre, soit au bout de 14 jours, d'interrompre le traitement et de mettre fin à l'hospitalisation en recommandant au patient et à son épouse de surveiller la température et de revoir rapidement le médecin traitant et le cardiologue habituel ; que ce dernier, consulté dès le lendemain du retour de M. B à son domicile, a confirmé l'absence de complication cardiaque et prévu de revoir le patient six mois plus tard ; que, toutefois, M. B ayant été à nouveau fébrile quelques jours après a été hospitalisé le 23 septembre 2013 au centre hospitalier universitaire de X où il est décédé le 3 octobre ;

2. Considérant, en premier lieu, qu'en décidant d'interrompre au bout de 14 jours le traitement antibiotique qu'il avait mis en place pour soigner une bactériémie sans localisation secondaire et qui avait produit les résultats escomptés, le Dr A n'a commis aucun manquement aux exigences de « *soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* » qu'impose l'article R. 4127-32 du code de la santé publique ; que l'état du patient le jour de sa sortie n'imposait ni poursuite du traitement au-delà de cette période ni transfert dans un service de maladies infectieuses ;

3. Considérant qu'avant de décider la sortie du patient, le Dr A a recueilli l'avis de deux confrères cardiologues, se conformant ainsi aux dispositions de l'article R. 4127-33 du code de la santé publique qui recommande au médecin de s'aider, « *s'il y a lieu, de concours appropriés* » ; que si Mme B soutient que seule une échographie œsophagienne au lieu de l'échographie thoracique qui a été pratiquée aurait permis d'écarter de façon absolue toute suspicion d'endocardite infectieuse, il n'appartenait pas au Dr A d'imposer à ses confrères un procédé d'investigation ; qu'il s'est assuré, par des recommandations appropriées, que la surveillance de M. B par son généraliste, auquel il a adressé un courrier, et son cardiologue habituel pourrait se poursuivre favorablement à son domicile ; qu'en prenant cette décision le Dr A ne peut être regardé comme ayant fait courir au patient un risque injustifié et méconnu l'article R. 4127-40 du code de la santé publique ;

4. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède qu'en l'absence de tout manquement du Dr A à ses obligations déontologiques, Mme B n'est pas fondée à demander l'annulation de la décision par laquelle la chambre disciplinaire de première instance de Languedoc-Roussillon a rejeté sa plainte contre le Dr A ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1 : La requête de Mme B est rejetée.

Article 2 : La présente décision sera notifiée au Dr A, à Mme B, au conseil départemental des Pyrénées-Orientales de l'ordre des médecins, à la chambre disciplinaire de première instance de Languedoc-Roussillon, au préfet des Pyrénées-Orientales, au directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Perpignan, au conseil national de l'ordre des médecins, au ministre chargé de la santé.

CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS

180 boulevard Haussmann – 75008 PARIS

Ainsi fait et délibéré par Mme Aubin, président de section honoraire au Conseil d'Etat, président ; Mme le Dr Kahn-Bensaude, M. le Pr Besson, MM. les Drs Blanc, Ducrohet, Fillol, Lucas, membres.

Le président de section honoraire au Conseil d'Etat,
président de la chambre disciplinaire
nationale de l'ordre des médecins

Marie-Eve Aubin

Le greffier en chef

François-Patrice Battais

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.