

L'erreur de diagnostic

Une simple erreur ou une faute ?

■ Un cas récent mettant en évidence une erreur de diagnostic commise par plusieurs médecins concernant une patiente nous conduit à rappeler les conditions dans lesquelles un médecin peut voir sa responsabilité engagée dans l'élaboration de son diagnostic.

Laetitia Cros*

C'est l'histoire de Madame E., âgée de 29 ans, résidant en Angleterre, qui a ressenti subitement de violents et incessants maux de tête, accompagnés de plusieurs malaises sur son lieu de travail et à son domicile avec la "vision d'étoiles".

Conduite plusieurs fois aux urgences à Londres à la suite de ces malaises, elle en sortira à chaque fois sans qu'aucun examen médical ne soit réalisé.

Les douleurs sont ensuite devenues de plus en plus violentes et invalidantes, à tel point que la patiente a été contrainte d'abandonner son emploi.

Inquiète, la mère de la patiente a alors décidé de lui prendre rendez-vous avec un médecin français neurologue, à qui elle a décrit les troubles subis par sa fille, l'absence de tout examen médical antérieur réalisé par les médecins anglais, et a fait part de sa plus grande inquiétude.

Le neurologue a reçu la patiente mais n'a pas jugé nécessaire de procéder à des examens complémentaires, se contentant de prescrire un antimigraineux et, en cas de fortes migraines, un anti-inflammatoire.

Regagnant aussitôt l'Angleterre, la patiente ne reverra pas ce médecin.

Six mois plus tard, un scanner cérébral a mis en évidence que la patiente était en réalité atteinte d'une importante tumeur cérébrale : un « astrocytome anaplasique (grade III OMS) de la taille d'une pomme »...

Aujourd'hui, après des séances de radiothérapie et trois interventions chirurgicales, les séquelles sont lourdes : Madame E. présente une cécité unilatérale, une agueusie et une anosmie.

Elle ressent un sentiment d'abandon de la part du corps médical : « *Je me pose toujours la même question : pourquoi, pourquoi, avec ce que j'ai décrit, mes douleurs, ma souffrance, rien n'a été fait pour me rassurer ? Un examen complémentaire comme l'IRM aurait pu m'être proposé* ».

Dans quel cas l'erreur de diagnostic peut-elle engager la responsabilité du médecin ?

Dans le cas de Madame E., qu'auraient dû faire les médecins pour éviter une telle erreur de diagnostic ?

LA DISTINCTION ENTRE LA FAUTE ET L'ERREUR DE DIAGNOSTIC

Depuis le célèbre et très ancien arrêt Mercier rendu par la Cour de cassation, confirmé par la loi du 4 mars 2002, la responsabilité du médecin ne peut être engagée qu'en cas de faute. **Le médecin est tenu à une obligation de moyens, et non de résultat**, à l'égard de son patient, et doit ainsi mettre tout en œuvre pour délivrer au patient « *des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* » (art. R.4126-32 du Code de la santé publique). L'article R.4127-33 du même Code prévoit également 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* ».

*Avocat à la Cour, Paris

les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».

La médecine n'étant pas une science exacte, ce qui explique l'obligation de moyens et non de résultat qui pèse sur chaque médecin, **la jurisprudence estime que l'erreur ou le retard de diagnostic ne constitue pas en principe une faute**. Le médecin n'engagera pas sa responsabilité si, par exemple, son erreur est due à un tableau symptomatique atypique du patient, si les symptômes apparents du patient au moment où il a été vu par le médecin excluaient un tel diagnostic ou encore au regard de la rareté de la maladie qui rendait particulièrement difficile de poser le bon diagnostic, en particulier pour un médecin non spécialiste.

En revanche, **l'erreur de diagnostic deviendra une faute dès lors qu'elle résultera d'omissions ou de négligences de la part du médecin**. Tel est le cas par exemple d'un médecin qui ne se donne pas les moyens de poser le bon diagnostic en ne prescrivant aucun examen médical en dépit des symptômes présentés par le patient, ou qui examine très sommairement son patient. Ainsi, la jurisprudence a pu retenir la responsabilité d'un médecin neurologue « *pour ne pas avoir diagnostiqué ou poursuivi des investigations permettant de dépister la compression médullaire dont souffrait Mme A. en raison d'un méningiome implanté en T5 constitue un manque-tenu compte tenu des troubles décrits et de leur évolution* » (CAA de Nancy, 3^e Chambre, 5 mai 2011, n°10NC00624), ou encore, après avoir constaté « *l'absence d'examen neurologique approfondi, alors que l'intéressé présentait des troubles à prédominance digestive mais*

également des troubles visuels » qui auraient permis de diagnostiquer l'accident vasculaire cérébral dont était atteint le patient (CAA de Marseille, 2^e Chambre, 7 juin 2011, n°09MA00583). En revanche, la responsabilité d'un centre hospitalier n'a pas été retenue pour un patient qui reprochait que la constitution d'un accident vasculaire cérébral lors de son hospitalisation n'avait pas été détectée par plusieurs praticiens hospitaliers aux motifs que « *le diagnostic d'accident vasculaire cérébral était difficile en raison de la nature des lésions artérielles constatées* » (CAA de Versailles, 4^e Chambre, 29 décembre 2009, n°08VE02135).

Le Juge appréciera ainsi au cas par cas, au regard des symptômes présentés par le patient, de sa situation personnelle (antécédents médicaux, familiaux) des diligences accomplies par le praticien (examen clinique consciencieux et approfondi du patient, prescription d'examens médicaux, investigations approfondies), du contexte (urgence thérapeutique) ou encore des données acquises de la science au moment des faits. Il se référera ainsi au *bonus pater familias* pour apprécier si, dans la même situation, un autre médecin aurait agi de la même manière.

Pour autant, si l'existence d'une faute est prouvée, encore faut-il **démontrer le lien de causalité direct et certain entre cette faute et le préjudice subi par le patient pour engager la responsabilité du médecin**. C'est là le rôle essentiel de l'expertise médicale ordonnée par le Juge. Si la triple condition d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre les deux est mise en évidence, le médecin engagera alors sa responsabilité devant les

juridictions civiles ou la responsabilité de l'établissement de santé public devant les juridictions administratives pour une faute commise dans le cadre de ses fonctions hospitalières et non détachable de sa fonction publique, pour réparer notamment le préjudice de perte de chance pour le patient. La responsabilité disciplinaire du médecin pourra également être engagée devant les juridictions ordinaires sur le fondement des articles R.4127-32 et R.4127-33 du Code de la santé publique, sous réserve que les négligences ou omissions du praticien soient flagrantes et qu'ainsi l'appréciation de sa faute dans l'établissement du diagnostic ne relève pas d'un débat d'ordre technique, auquel cas seul le Juge civil ou le Juge administratif serait compétent.

Quelles sont les précautions à prendre pour un médecin afin d'éviter autant que possible une erreur de diagnostic ?

LE RÔLE ESSENTIEL DE L'ANAMNÈSE DANS L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

L'étape essentielle qui ne doit pas être négligée par le praticien avant de poser son diagnostic est l'anamnèse. L'anamnèse est en effet l'étape incontournable et essentielle de l'activité de tout médecin : elle est à la fois le ciment de la relation médecin-patient et la clé de voûte de la prise en charge médicale. En fonction des informations recueillies, le médecin pourra ainsi déterminer les symptômes présentés par le patient, posera des hypothèses diagnostiques, définira le traitement à mettre en place, les examens et actes médicaux éventuels à réaliser, etc. L'efficacité de la prise en charge du

patient est donc conditionnée par cet échange et la manière dont le médecin conduira cet entretien permettra d'instaurer ou non une relation de confiance avec son patient.

Mener à bien l'anamnèse n'est cependant pas chose si aisée en pratique.

Une anamnèse bien menée doit en effet répondre à deux critères, l'un objectif, portant sur les informations de nature médicale (symptômes, antécédents médicaux, interactions médicamenteuses, risques allergiques, infectieux, etc.), l'autre subjectif, relatif à la personnalité du patient, sa culture, son niveau d'instruction, sa sincérité, ses conditions et habitudes de vie, etc. Ce critère subjectif, difficile à appréhender pour un médecin, est aussi important que le recueil des informations médicales : deux patients présentant des problèmes similaires peuvent décrire de manière très différente leurs symptômes et influencer ainsi sensiblement le médecin dans l'établissement de son diagnostic. Aucun questionnaire, aussi précis soit-il, ne peut donc répondre à ce critère subjectif, seul un interrogatoire oral et consciencieux pourra satisfaire à ce second critère et conduire ainsi à une prise en charge adaptée. Le cas de Madame E. témoigne de la difficulté en pratique de mener à bien l'anamnèse ; elle indique avoir décrit au médecin neurologue l'intensité de ses douleurs et son vécu mais que celui-ci n'a prescrit aucun examen d'imagerie médicale.

Une seconde difficulté tient naturellement à l'urgence thérapeutique dans laquelle peut se trouver le médecin qui n'aura pas d'autre choix que d'établir rapidement son diagnostic. De manière plus générale, au-delà même de l'urgence, le manque de temps du fait de l'importance quantitative de l'activité médicale est aujourd'hui majoritairement invoqué par les médecins comme une limite à l'anamnèse.

Une autre difficulté que rencontre un médecin dans la pratique, et qui explique peut-être l'absence de prescription de tout examen médical dans le cas de Madame E., est le difficile équilibre à trouver entre l'obligation de moyens qui pèse sur chaque médecin, c'est-à-dire l'obligation de mettre tout en œuvre pour guérir ou soulager le patient, et les dispositions de l'article L.162-2-1 du Code de la Sécurité sociale, selon lesquelles les médecins sont tenus dans tous leurs actes et prescriptions de veiller à « la plus stricte économie ». Pour autant, on relèvera que ce même article précise que ces préoccupations financières doivent être compatibles avec « la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (dans le même sens : art. R.4127-8 du CSP). **Un médecin ne peut donc se prévaloir de considérations d'ordre financier qui limitent sa liberté de prescription pour justifier un quelconque défaut de diligences.**

D'autres difficultés tenant à la multiplication des spécialités, à l'hypertechnicité de la médecine

actuelle ou encore à l'absence de formation à la communication professionnelle sont également des limites à l'anamnèse. Sur ce dernier point, il est à noter qu'un progrès significatif pourrait être fait d'une manière simple et rapide en intégrant dans les facultés de médecine une formation universitaire relative à la communication professionnelle.

En effet, depuis de nombreuses années, la littérature médicale (notamment de nombreuses études canadiennes) a établi les effets bénéfiques de la communication médicale sur la qualité des soins.

Pourtant, en dépit de ces nombreuses études, il demeure en France une idée très forte selon laquelle le « savoir-communiquer » s'acquiert par le praticien après des années d'expérience. Une telle idée doit être bien évidemment combattue au regard de l'intérêt du patient et de l'éthique de la profession. Il est en effet primordial de faire de la communication professionnelle un enseignement universitaire c'est-à-dire une véritable compétence indispensable à l'exercice de la médecine et non un trait de personnalité propre à chacun. L'enjeu est de taille, tant pour les médecins au regard de leur bien-être personnel et des chances de voir engager leur responsabilité, que pour la qualité des soins délivrés aux patients. ■

Correspondance

Laetitia Cros

Avocat à la Cour, Paris

E-mail : laetitia.cros@gmail.com