

Erreurs médicales

La double peine des victimes

Mettre un pied dans un hôpital est un risque... Il n'y a jamais eu autant de plaintes et aussi peu de personnes indemnisées. Le Fonds des accidents médicaux - qui a récemment été condamné - est complètement débordé. - Texte: Vincent Liévin -

Les chiffres sont terribles. Et choquants. Depuis la création du Fonds des accidents médicaux (FAM), dans un cas sur cinq, les patients victimes d'erreurs médicales sont décédés. Plus de trois personnes sur dix souffrent d'une invalidité permanente. Et on estime qu'entre 2.000 et 5.000 personnes décèdent en Belgique, parmi les quelque 20 à 60.000 patients concernés. L'erreur médicale se déroule neuf fois sur dix à l'hôpital et principalement dans une salle d'opération (63%). Le mauvais diagnostic se trouve au premier plan de la problématique des erreurs médicales. Dans 70 % des cas, ces événements ne sont pas dus à un défaut de compétence du corps médical mais à des "facteurs humains" liés au travail en équipe, et notamment à un manque de communication au sein du personnel soignant et avec les patients.

Pour ajouter au malheur de ces derniers, l'erreur médicale est plus qu'une fatalité tragique. C'est aussi une faute que l'on ne répare pas. Groggys, les victimes sont unies dans le même cri: "l'erreur est humaine mais pourquoi ne nous l'a-t-on pas dit?" Toujours la même interrogation, obsessionnelle. Et ce besoin d'être reconnus. Les patients touchés, leurs proches et leurs familles, ne comprennent pas qu'on leur ait caché ce qui a, souvent, transformé leur vie en enfer. Dans de nombreux cas, les victimes ne demandent rien d'autre que des excuses du

médecin et savoir pourquoi c'est arrivé. Mais ce besoin les confronte à un enfer administratif qui pourrait se transformer en avalanche de procès.

Seul 3% des victimes sont aujourd'hui reconnues et indemnisées par le FAM, complètement débordé. "Il n'y a pas assez d'avis finalisés et donc peu d'indemnisations", reconnaît Mia Honinckx directrice du Fonds. Le problème, selon cette dernière, c'est que tout le monde introduit une demande, même ceux qui n'ont que très peu de dommages et nous sommes obligés d'investiguer et de collecter beaucoup d'informations. "En théorie, le Fonds doit donner son avis dans les six mois après avoir reçu une plainte. Dans les faits, cela n'arrive jamais parce qu'il n'y a pas de sanction en cas de retard. Le patient doit donc attendre", ajoute maître Paul Muylaert, avocat dans le cabinet est spécialisé dans ce type de dossier.

La ministre fédérale de la Santé Maggie De Block tempère: "Avant une opération, le patient rencontre le médecin. Il a droit à des informations détaillées." →

Un phénomène qui cause entre 2.000 et 5.000 morts par an en Belgique.

“Les médecins me parlaient avec l'arrogance de ceux qui s'adressent à des moins que rien.”

→ Par ailleurs, le patient connaît de mieux en mieux ses droits, ce qui peut expliquer l'augmentation du nombre de plaintes. Le FAM est d'ailleurs une avancée en soi. Avant la loi du 31 mars 2010, le patient devait apporter la preuve d'une faute, d'un dommage et du lien entre les deux. Il avait le choix entre une action devant le juge civil (action en droit commun) et une action amiable directement auprès du prestataire ou de sa compagnie d'assurances. Le Fonds, lui, analyse toutes les demandes où il existe un dommage résultant d'une prestation de soins de santé.

Les plaintes de patients enregistrées dans les hôpitaux ne sont pas toujours des erreurs médicales, loin de là. Quoi qu'il en soit, quatre fois sur cinq les victimes ne vont pas recevoir de l'argent. Avec un si petit pourcentage d'indemnisation, l'objectif n'est pas

L'erreur du week-end

Maitre Paul Muylaert, dont le cabinet concentre une grande partie de ses activités autour de la responsabilité médicale, traite une dizaine de cas d'erreur médicale par mois depuis 15 ans. Il constate clairement une hausse des erreurs médicales entre le vendredi soir et le lundi matin par rapport aux autres jours de la semaine dans les dossiers qu'il traite. Parmi les dossiers les plus graves qu'il reçoit, les gynécologues sont en ligne de mire pour des questions de suivis ou de césarienne tardives. En neurochirurgie, de nombreux problèmes relèvent d'opérations du dos ou de la colonne. Ce sont souvent des questions postopératoires dues à des hématomes. “Et nous avons de plus en plus de dossiers de chirurgie esthétique et de dermatologie.”



Les gynécologues sont particulièrement concernés.

Belgaimage

atteint. Les patients reçoivent en somme une double peine: au minimum trois ans d'expertise du Fonds... puis une éventuelle action en justice de trois ans en moyenne sans garantie d'indemnisation... Un comble et surtout de faux espoirs. “Les patients ne comprennent pas”, dénonce Maître Paul Muylaert. Pour lui, depuis le lancement du FAM, les médecins ne sont pas encore assez informés pour répondre aux plaintes. “Ils devraient mieux dialoguer avec leur patient. On constate aussi que les médecins ne notent pas assez l'évolution des soins et ils ne peuvent apporter a posteriori les preuves écrites de ce qu'ils ont dit ou non au patient.”

Sur le plan des assurances, les hôpitaux ont des polices groupes suffisantes mais les plafonds pour certains médecins restent insuffisants. “Les patients ne devraient pas hésiter à demander à leur médecin s'ils ont une assurance adaptée”, conseille encore l'avocat spécialisé. Certains médecins, même si cela devient rare, ne sont toujours pas assurés. C'est pourtant une obligation déontologique. Quant aux patients victimes d'erreur avant 2010, ils sont souvent confrontés à des médecins qui n'ont pas des couvertures d'assurances suffisantes.

Devant l'impossibilité d'être aidés par le FAM, les patients se tournent notamment vers l'association ASBL Erreurs Médicales qui traite en moyenne 400 demandes par an. Pour Essannarhi Rachida, responsable de l'association, “en cas de désaccord avec un avis rendu par le Fonds, les personnes peuvent aller en justice. Toutefois, c'est une démarche qui se déroule après déjà en moyenne quatre ans de procédure avec le Fonds.” La responsable insiste sur l'importance de l'écoute des patients. “On prend ce temps indispensable parce que les victimes d'une faute ou d'un incident médical sont en souffrance. On les oriente toujours dans un premier temps vers une médiation hospitalière, on privilégie le dialogue avec les soignants.” Les patients posent des questions sur les recours possibles, sur les prises en charge psychologiques... Malheureusement, les délais d'une démarche via l'ASBL ne sont pas plus rapides. “Notre procédure via les assurances RC est longue également, entre trois et quatre ans pour les dossiers les plus complexes.”

Le FAM condamné en justice

Pour l'ASBL Erreurs Médicales, si le Fonds indemnise trop peu aujourd'hui, c'est à cause de cette notion de “dommage anormal”, au cœur du problème. Il s'agit du dommage qui 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. Un avis partagé par Maître Paul Muylaert qui revient sur la récente condamnation

du FAM à ce sujet en juillet 2017. *“Le risque est vraiment de voir cette institution être de plus en plus souvent condamnée à payer des sommes considérables dans le cadre d’indemnisation de dommage corporel à propos de cette notion de dommage anormal”*, dit-il. Le FAM ira en appel. Le juge décidera.

Mais que faire face au risque d’augmentation des attaques en justice? L’avis rendu par le FAM est considéré comme négatif lorsqu’il ne relève aucune faute médicale et aucun accident médical sans responsabilité. Il y a bien entendu aussi les autres cas de figure, à savoir, une faute médicale ou un accident médical sans responsabilité clairement établie mais non indemnisable par le FAM car le seuil de gravité n’est pas atteint ou les conditions prévues à l’article 4 et 5 de la loi ne sont pas remplies... Pour Maggie De Block, les patients doivent avoir la possibilité de faire appel s’ils ne sont pas d’accord avec la décision. Le plus gros problème dans ce cheminement réside dans le fait que l’avis du Fonds n’est pas contraignant. Soit. Mais le Fonds devrait avoir pour mission de simplifier la vie des patients. Tous les intervenants sont finalement d’accord sur les problèmes actuels. La solution pourrait être de revoir la loi.

En attendant, beaucoup de patients ou de familles n’ont plus l’énergie ou les moyens financiers pour poursuivre la lutte. Un avis partagé par Maître Muylaert. *“En général, ils attendent cet avis depuis trois à quatre ans. Pourtant dans de certains cas, ils obtiendraient quelque chose.”* Pour lui, si la situation n’évolue pas, une hausse des procès va se produire dans les années à venir. Aujourd’hui, les copies de dossier médical ne peuvent toujours pas être consultées par la famille si la personne est morte. Seul le médecin et le Fonds en ont le droit. Cette discrimination légale est flagrante. Il est temps que la famille du défunt y ait accès.

La ministre fédérale de la santé s’en tient, elle, à cette réponse: le patient doit rester la préoccupation principale des intervenants. Et soutient mordicus que lors de l’évaluation du fonctionnement du Fonds, il a été décidé *“d’accorder plus d’attention au soutien des victimes et à la médiation.”* Dialogue de sourds, donc... Le Fonds ne fonctionne pas malgré les beaux discours de la ministre. *“Les médecins sont des êtres humains comme tout le monde. Ils ont droit à l’erreur. Mais ils se comportent comme des tout-puissants. Avec l’arrogance de ceux qui s’adressent à des moins que rien”*, rapporte cette maman dont le bébé a souffert horriblement et pendant des années d’une erreur de diagnostic à la naissance et d’un mauvais traitement. ✖

Quatre cas où vous ne serez pas reconnu

Le patient est face à un Fonds qui tient compte du risque inhérent à une opération. Une opération “qui tourne mal” n’est donc pas nécessairement une erreur médicale. Voici quatre courts récits qui font froid dans le dos. Pour chaque cas, les patients n’auront aucune indemnité versée par le Fonds. Mais libres à eux de s’engager dans une action en justice auprès du tribunal de première instance...

1 Madame C a introduit son dossier au FAM en 2011. Le rapport du Fonds a été rendu en 2014. Cette dame reste paralysée du côté droit et demeure à son domicile, sa famille n’ayant plus les moyens financiers de prendre en charge sa revalidation. Cette mésaventure lui est arrivée à la suite d’une opération pour lui enlever une lésion tumorale. Le Fonds souligne “les difficultés techniques de ce type d’interventions”.



Une opération tournant mal n'est pas toujours une erreur médicale.

2 Madame D a rentré un dossier en 2013 au FAM et reçu son avis... en septembre 2016. Elle a consulté un chirurgien orthopédiste pour un hallux valgus du pied droit (excroissance osseuse). En 2011, le mal revient, une seconde opération est prévue mais Madame D conteste la qualité des soins du médecin puisqu’elle doit être à nouveau opérée. Le Fonds mentionne qu’il arrive qu’un traitement “ne donne pas le résultat escompté et que la pathologie du patient continue à évoluer sans qu’une quelconque erreur ne puisse être relevée.”

3 Madame E introduit un dossier au Fonds en 2013 et reçoit une réponse en 2014. En 2011, elle est opérée de la hanche. Lors d’une radio de contrôle quelques jours après l’opération, un craquement se produit. Elle se “retourne” contre le radiologue. Le Fonds ne voit pas de faute: “ces complications sont inhérentes, connues et documentées.”

4 Heureusement certains patients sont indemnisés comme le montre le témoignage d’Anne Q, qui a rentré un dossier le 17 décembre 2012. Suite à un gonflement dans sa bouche, elle a consulté un dentiste. Lors de l’extraction, la lame du bistouri se brise dans la racine. Le dentiste A a reconnu sa responsabilité. Le Fonds estime “que les manquements commis sont en relation causale avec les dommages allégués.” Le dentiste doit donc indemniser sa victime.

LES +

- Le vécu des victimes
- Plaintes: le parcours du combattant
- Les vrais chiffres des erreurs médicales

Nos bonus sur www.moustique.be/lesplus