

Juridique

Mort subite du sportif : mise en cause du médecin qui avait établi le certificat médical



B.-X. CAILLAUX
DIJON.
xc1@hotmail.fr

Les faits

L'enfant M. est né à terme en 1995, non ranimé.

Parmi ses antécédents familiaux :

- un oncle a fait une mort subite à l'âge de 18 ans dans les années cinquante : pas d'autopsie ni d'enquête ;
- un cousin germain a fait un arrêt cardiaque récupéré à 18 ans : pose de défibrillateur, pas de diagnostic précis, pas d'enquête génétique.

M. est jeune sapeur-pompier depuis l'âge de 12 ans et a une visite médicale annuelle avec un questionnaire médical signé par lui-même et son père.

En janvier 2008, M. a un accident de ski avec PC (perte de connaissance), sans qu'il soit possible de déterminer si la PC est la cause ou la conséquence de cette chute (malaise ?). Il est hospitalisé en neurochirurgie où sont notés des épisodes d'ESV (extrasystoles ventri-

culaires) mais pas de TV (tachycardie ventriculaire). Le Holter effectué ne retrouve pas d'anomalie ni de trouble du rythme soutenu.

Du 3 au 28 mars 2008, M. est transféré en rééducation. On ne note aucune transmission de la notion de mort subite familiale dans la lettre de transfert, cependant cette notion était présente dans le dossier qui accompagnait le patient.

Le 22 mai 2008, une consultation de neurochirurgie est effectuée dans le cadre du suivi. Le médecin écrit dans sa lettre : *“Examen, scanner normal, il peut reprendre une vie normale y compris des activités sportives.”*

M. reprend donc une vie normale ainsi que ses activités de jeune pompier.

Une visite médicale est effectuée annuellement par le médecin capitaine sapeur-pompier avec un auto-questionnaire rempli et signé par le père de M. La dernière visite date du 20 juillet 2010.

En août 2010, M. fait une mort subite à vélo, non récupérée. L'autopsie est aspécifique. Il n'existe pas de signe de DVDA (dysplasie ventriculaire droite arythmogène) évident.

En septembre 2012, l'enquête génétique retrouve les gènes de la DVDA (*RYR2*) chez M., son père et ses cousins. Un traitement par bêtabloquant est proposé mais le père l'arrête au bout de quelques semaines en raison d'effets secondaires.

Les médecins sont mis en cause :

- pour ne pas avoir transmis la notion de mort subite dans la lettre de transfert de neurochirurgie au centre de rééducation ;
- pour ne pas avoir évoqué la possibilité d'une DVDA ni effectué d'enquête génétique devant la notion de mort subite familiale et pour n'avoir pas proposé de traitement bêtabloquant ;
- pour avoir délivré en 2008 un certificat d'aptitude à toutes les activités physiques.

L'expertise

La DVDA avait été évoquée chez le cousin de M. mais n'avait pas été retenue, faute d'éléments. L'autopsie de M. était aspécifique (absence de signes évocateurs de DVDA). Dans le contexte de l'époque, il n'y avait pas d'indication d'enquête génétique ni de *screening* familial.

Dans les recommandations ESC (*European Society of Cardiology*), les éléments majeurs d'une suspicion de DVDA sont les anomalies ECG, un Holter montrant plus de 500 ESV/24 h, des anomalies à l'échographie. Aucun de ces éléments n'était présent.

Le certificat d'aptitude établi par le neurochirurgien ne spécifiait pas les activités sportives autorisées et il a été rédigé 30 mois avant le décès.

M. a été vu à trois reprises par le médecin des pompiers avec son père et, chaque fois, dans le questionnaire, il a été répondu “absence de malaise et de mort subite familiale”.

Juridique

L'oubli de la notion de mort subite familiale dans la lettre de transmission du neurochirurgien au service de rééducation est fautif mais sa portée reste très mineure.

La décision de la CCI

En septembre 2015 la CCI (Commission de conciliation et d'indemnisation) a énoncé les décisions suivantes :

- Aucun manquement n'est constaté dans la prise en charge des médecins hospitaliers.
- Le diagnostic de DVDA est difficile et n'a d'ailleurs pas été retrouvé à l'autopsie.
- Il y a un oubli fautif de la notion de mort subite dans la lettre de transfert mais sans conséquence : cette notion figurait dans le dossier transmis.
- Le diagnostic de DVDA aurait uniquement permis de proposer un traitement bêtabloquant à l'efficacité partielle (traitement qui a d'ailleurs été stoppé chez le père, pourtant porteur de la maladie).
- Le certificat du neurochirurgien ne mentionne pas les sports autorisés, mais il avait une valeur limitée dans le temps et largement dépassée au jour du décès (30 mois), étant observé qu'entre-temps des certificats d'aptitude des sapeurs-pompiers avaient été rédigés sans qu'aucune mention de la mort subite familiale ne soit inscrite dans la fiche de renseignements signée par le père de M.
- Aucun manquement dans la prise en charge ne peut être relevé.

En conclusion :

- Ne pas faire de visite de non-contre-indication à la légère.
- Faire signer le questionnaire de la SFMS (Société française de médecine de l'exercice et du sport) par le demandeur ou représentant légal ET le conserver précieusement.

Prochains changements relatifs à la pratique d'un sport et au certificat médical

1. Depuis le 1^{er} septembre 2016

La fédération sportive peut exiger un renouvellement régulier du certificat médical au regard de la discipline, de l'âge du sportif et du rythme des compétitions. Jusqu'au 1^{er} juillet 2017, le document doit être daté de moins de 1 an. Cette durée de 1 an s'apprécie au jour de la demande de licence ou de l'inscription à la compétition par le sportif.

Les adhérents sont informés par l'association sportive de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes qui couvre les dommages corporels auxquels ils sont exposés par leur pratique sportive.

Toute première délivrance d'une licence sportive requiert la production d'un certificat médical attestant que la personne ne présente pas de pathologie contre-indiquant la pratique de l'activité physique ou sportive.

2. Disciplines sportives à risque nécessitant un examen médical plus poussé

- Disciplines exercées dans un environnement spécifique (alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie).
- Disciplines pratiquées en compétition pour lesquelles le combat peut prendre fin notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté par l'un des adversaires, le sportif se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre, pouvant aller jusqu'à l'inconscience (karaté, boxe).

● Disciplines avec utilisation d'armes à feu ou à air comprimé.

● Disciplines pratiquées en compétition avec utilisation de véhicules terrestres à moteur (hors modélisme automobile radioguidé, karting).

● Disciplines comportant l'utilisation d'un aéronef (hors aéromodélisme).

● Le rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

3. En milieu scolaire

Le certificat médical n'est pas exigé pour le suivi des cours d'éducation physique et sportive. En revanche, un certificat médical d'aptitude totale ou partielle est exigé pour tout élève dispensé d'un ou plusieurs cours.

4. À compter du 1^{er} juillet 2017

- Un seul certificat médical est requis pour plusieurs activités sportives.
- Le certificat de non-contre-indication au sport pourra être renouvelé tous les 3 ans en fonction de l'âge du sportif, des antécédents ou des facteurs de fragilité connus du sportif ainsi que des contraintes d'intensité de la pratique et de la discipline (décret à paraître).
- Le sportif doit toutefois compléter, entre chaque renouvellement triennal, un questionnaire de santé dont le contenu reste à fixer (questionnaire à paraître mais probablement proche du questionnaire actuel de la SFMS que l'on trouve sur Internet).
- Chaque rubrique du questionnaire doit donner lieu à une réponse négative. Dans le cas contraire, le sportif est dans l'obligation de produire un nouveau certificat médical attestant l'absence de contre-indication.
- L'accès aux activités sportives organisées par les fédérations scolaires sera permis dès lors que le jeune sera reconnu apte à la pratique en cours d'EPS.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

www.realites-cardiologiques.com

Sé connecter | S'inscrire gratuitement à la version en ligne

Chercher...

réalités
CARDIOLOGIQUES

ABONNEZ-VOUS
et recevez la revue
chez vous
FEUILLETER LA REVUE

ACCUEIL DOSSIERS ARTICLES FORMATION CONGRÈS PASSERELLES PATRIMOINE REVUE DE PRESSE

Médicaments qui peuvent causer ou exacerber une insuffisance cardiaque
Par F. Delahaye
RECOMMANDATIONS ACC/AHA

DOSSIER : FONCTION SYSTOLIQUE GAUCHE DAN...
SEPTUM
VG
FLUX BD
DB
FLUX TM
Insuffisance mitrale et fonction ventriculaire gauche

Ventricule gauche et polyvalvulopathies

Fonction systolique dans le rétrécissement valvulaire mitral

BILLET DU MOIS

16 MAI 2017
Traitement du diabète de type 2 : la molécule ou la glycémie ?
"Malheureusement la nature n'a pas été assez gentille pour faire les choses aussi simples que nous aurions voulu qu'elles soient..."

13 MARS 2017
2017 : une année décisive pour l'hypothèse cholestérol ?

7 FÉVRIER 2017
À propos de l'albuminurie dans l'hypertension artérielle...

12 JANVIER 2017
Festina lente

14 DÉCEMBRE 2016
L'avenir va encore se faire attendre. À propos des stents résorbables.

LES COURS
de Réalités
Cardiologiques

ARCHIVES NUMEROS

+ riche + interactif + proche de vous

ILS COMPTENT
POUR MOI...

... JE COMPTE SUR LUI.

Nouveau

Cosimp[®]prel

Fumarate de

1^{re} association fixe **BISOPROLOL** **PÉRINDOPRIL**
arginine

1 prise par
jour

sécable



5 5

sécable



5 10



10 5



10 10

COSIMPREL[®] est indiqué en substitution dans le traitement de l'**hypertension artérielle** et/ou de la **maladie coronaire stable** (chez les patients ayant un antécédent d'infarctus du myocarde et/ou de revascularisation), chez les patients adultes déjà contrôlés par perindopril et bisoprolol pris simultanément aux mêmes posologies.

Dans l'hypertension artérielle, la mise en place de mesures hygiéno-diététiques est recommandée avant de débiter le traitement.

Pour une information complète sur COSIMPREL[®], consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>