

■ Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

Évaluation du risque médico-juridique en pédiatrie : données actuelles

RÉSUMÉ : Certaines professions médicales ou chirurgicales ont une fréquence de sinistralité très élevée, comme par exemple la chirurgie du rachis ou la chirurgie orthopédique et traumatologique. En revanche, la pédiatrie correspond à une profession médicale dont la fréquence de sinistralité est très basse.

Si le risque médico-juridique en pédiatrie est faible, il n'est pas non plus inexistant. Au travers d'une étude menée sur un échantillon de 125 réclamations patients enregistrées à la MACSF de 2016 à 2020 mettant en cause un médecin pédiatre, il est possible de dégager des tendances statistiques. L'objectif de cette analyse est également de mettre en évidence des récurrences sur les motifs de réclamations, objectivant des vulnérabilités dans les process de prise en charge, et permettant ainsi aux praticiens de mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation à ces risques (individuelles ou collectives).



M. DIMA

Juriste expert en prévention des risques MACSF.

L'analyse d'un échantillon de 125 réclamations enregistrées à la MACSF de 2016 à 2020 mettant en cause un médecin pédiatre permet de présenter une analyse du risque médico-juridique en pédiatrie. Que retenir de cette étude des réclamations patients impliquant un pédiatre ?

■ Le périmètre de l'étude

Pour dégager des tendances statistiques sur ce risque médico-juridique, la MACSF a mis en place un observatoire du risque médico-juridique en pédiatrie. Il s'agit d'une base de données répertoriant toutes les réclamations patients enregistrées à la MACSF impliquant un médecin pédiatre sur une période déterminée (ici 5 années), quels que soient le type de procédure (civile, pénale, amiable...) et l'issue (favorable, défavorable ou sans suite).

■ Quelques généralités

Les réclamations enregistrées à la MACSF impliquent 72 % de praticiens

exerçant exclusivement à titre libéral (en adéquation avec le portefeuille de sociétés de la MACSF assurant majoritairement des praticiens libéraux), 14,4 % de praticiens hospitaliers, 11,2 % de praticiens hospitaliers en secteur privé ou libéraux mixtes, ainsi que 1,6 % de salariés et 0,8 % de remplaçants.

■ Sur quels actes les réclamations en pédiatrie ont-elles porté ?

À titre préalable, il est à noter que plus des trois quarts des dossiers de l'étude (77,6 %) concernent la tranche d'âge des nouveau-nés à 3 ans :

- 60,8 % des réclamations impliquent la prise en charge d'un nouveau-né ;
- 16,8 % des réclamations impliquent la prise en charge d'un enfant âgé de 1 à 3 ans (**fig. 1**).

Seuls deux dossiers concernent des enfants de la tranche d'âge des plus de 16 ans :

- l'un implique la prise en charge, au sein du service des urgences pédiatriques

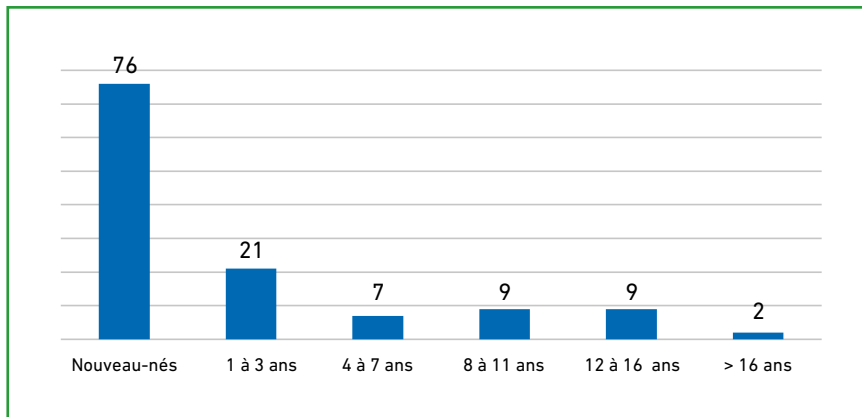


Fig. 1.

d'un établissement de santé public, d'un adolescent de 17 ans pour céphalées et vomissements : défaut de diagnostic d'une méningite bactérienne ;

– l'autre concerne un jeune homme de 18 ans suivi en établissement de santé public pour une neurofibromatose de Recklinghausen qui a développé un gliome cérébral d'évolution foudroyante avec atteinte métastatique.

L'analyse de l'étude montre que 50 % des dossiers impliquent une prise en charge néonatale en établissement de santé et 50 % des dossiers impliquent une prise en charge pédiatrique.

S'agissant de la prise en charge néonatale en établissement de santé (63/125 dossiers), plus des trois quarts des dossiers concernent une réclamation en établissement de santé privé et le dernier quart concerne une prise en charge en établissement de santé public. Pour un tiers d'entre eux, il s'agit de dossiers en lien avec des prises en charge en soins intensifs ou en réanimation néonatale. Viennent ensuite des dossiers relatifs à la prise en charge de nouveau-nés pour des retards de prise en charge de processus infectieux, des problèmes cardiovasculaires ou encore des troubles digestifs. Quelques dossiers concernent des pathologies sur le système locomoteur, nerveux ou encore auditif des nouveau-nés ainsi que quelques retards de diagnostic de trisomie.

S'agissant de la prise en charge pédiatrique (62/125 dossiers), près des deux tiers des dossiers concernent une prise en charge pédiatrique en cabinet médical et un peu plus d'un tiers concerne une prise en charge pédiatrique en établissement de santé privé ou public.

>>> La prise en charge pédiatrique en cabinet : il s'agit en premier lieu de soins pédiatriques chez des enfants présentant des troubles du système nerveux, d'enfants connaissant des problèmes locomoteurs ou cardiovasculaires ou encore de quelques réactions vaccinales. Dans une moindre mesure, on note également des dossiers impliquant des enfants présentant des problèmes digestifs, urinaires, musculaires (système tégumentaire) ou encore visuels.

>>> La prise en charge pédiatrique en établissement de santé privé ou public : dans une même proportion, les consultations pédiatriques pour des troubles nerveux ou cardiovasculaires constituent les principales mises en cause. On retrouve également des dossiers concernant la prise en charge d'enfants présentant des problèmes immunitaires ou digestifs.

De manière générale et toute prise en charge confondue (néonatale et pédiatrique), les dossiers ouverts font essentiellement suite à une prise en charge néonatale (18 %), ou à la prise en charge

d'enfants atteints de troubles cardiovasculaires (15 %) ou nerveux (15 %).

Quels sont les motifs de réclamation ?

Le motif de réclamation correspond à l'événement indésirable à l'origine d'un préjudice pour le patient suite à un acte de soins. Sans grande surprise, dans 87 % des dossiers, les parents de l'enfant (patient) engagent une procédure pour un des deux motifs suivants :

- retard diagnostique (64 %) ;
- retard/défaut de prise en charge (23 %).

Les réclamations sont également motivées par des infections associées aux soins (6 %), par l'apparition de troubles suite à une vaccination (4 %), par un résultat non satisfaisant (1 % – cicatrice jugée inesthétique dans les suites de la suture d'une plaie après extraction instrumentale), par une chute (1 %) et suite à un conflit relationnel (1 %).

Le dossier de conflit relationnel concerne un enfant de 7 ans vu en consultation par un pédiatre qui remarque des ecchymoses sur ses cuisses et suspecte une maltraitance. Un rendez-vous en centre médicopsychologique privé (CMPP) est organisé mais aucune prise en charge n'aura lieu. Les parents ont déposé plainte auprès du Conseil de l'Ordre estimant que les déclarations de maltraitance du praticien étaient abusives. Suite à une audience de conciliation, ils ne donneront pas suite à la procédure ordinaire.

Quelle est la typologie des réclamations patients enregistrées à la MACSF ?

1. Rappel sur les responsabilités ou différents types de mise en cause d'un médecin

Les différents types de mise en cause auxquels un médecin peut être confronté dépendent des objectifs poursuivis par le

Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

patient. Si l'objectif du patient est d'obtenir une somme d'argent en réparation du préjudice subi, quelles sont les procédures possibles ? S'il est de sanctionner le professionnel de santé pour un comportement dangereux ou illicite, quelle pourrait être la responsabilité retenue ?

>>> Le recours indemnitaire : si l'objectif du patient est purement indemnitaire, c'est-à-dire qu'il souhaite obtenir une somme d'argent en réparation du préjudice subi, deux voies sont possibles.

● La voie amiable

Le patient peut envoyer un courrier de réclamation directement au praticien ou à son assureur ou envisager la saisine d'une commission de conciliation et d'indemnisation (CCI). Ces commissions, créées par la loi Kouchner du 4 mars 2002, sont de plus en plus saisies par les patients car elles présentent l'avantage d'être gratuites et rendent leur avis dans des délais relativement "courts".

● La voie judiciaire

On parle alors de responsabilité civile si le praticien exerce à titre libéral ou salarié et de responsabilité administrative si le médecin est praticien hospitalier. Il convient de garder à l'esprit que, sauf exceptions, cette responsabilité nécessite que trois conditions cumulatives soient réunies : une faute du médecin, un préjudice pour le patient, et un lien de causalité direct et certain entre la faute et le préjudice.

Une procédure judiciaire ne s'achève pas nécessairement par une décision de justice, le patient formulant sa réclamation en principe en deux temps avec une demande d'expertise devant le juge des référés puis une demande d'indemnisation devant le juge du fond. Très souvent, il abandonnera ses poursuites à l'issue de la 1^{re} étape lorsque les experts n'auront retenu aucune faute susceptible d'engager la responsabilité du praticien.

>>> La voie de la sanction : si l'objectif du patient est que le médecin soit sanctionné pour un comportement dangereux ou illicite, deux voies sont envisageables. D'abord, le médecin risque de voir sa responsabilité pénale engagée : ce qui est sanctionné, c'est l'infraction aux dispositions du Code pénal. Que le médecin ait contribué directement ou indirectement à la réalisation du dommage, sa responsabilité pourrait, par exemple, se trouver engagée au titre de blessures ou d'homicide involontaires, ou encore d'une violation du secret professionnel. Enfin, le médecin peut voir engagée sa responsabilité disciplinaire devant le Conseil de l'Ordre, dont le rôle est de sanctionner les manquements à la déontologie et aux règles et obligations professionnelles.

2. Qu'en est-il des mises en cause contre les sociétaires pédiatres de la MACSF ?

La responsabilité indemnitaire des pédiatres est la plus souvent recherchée. Elle concentre plus de 77 % des réclamations : 37 % de procédures devant les juridictions civiles et 1 % devant les juridictions administratives, 25 % de saisines de CCI et 10 % de demandes

amiables. À noter également 4 % des procédures dans lesquelles les parents ont saisi les CCI et la juridiction civile (fig. 2).

Les parents recherchent donc surtout une compensation financière en réparation du ou des préjudices subis par leur enfant, qu'ils estiment en lien de causalité direct et certain avec l'acte médical. Cependant, contrairement à la tendance retrouvée pour de nombreuses spécialités médicales ou chirurgicales, les responsabilités ordinale (6 %) et surtout pénale (16 % de pénal seul et 1 % de pénal suivi de civil) des pédiatres sont souvent recherchées.

Si les pédiatres font souvent l'objet de procédures sanctions, c'est probablement parce que la pédiatrie implique notamment la prise en charge de nouveau-nés en néonatal qui expose de manière directe et certaine le patient à un risque grave de lourdes séquelles invalidantes ou engage son pronostic vital. Les parents "affectés" par les séquelles touchant leur enfant et estimant qu'elles sont en lien avec un acte médical ou un diagnostic pédiatrique cherchent à sanctionner un comportement du médecin qu'ils estiment manifestement illégal ou illicite. Ils soumettent ainsi le cas de leur

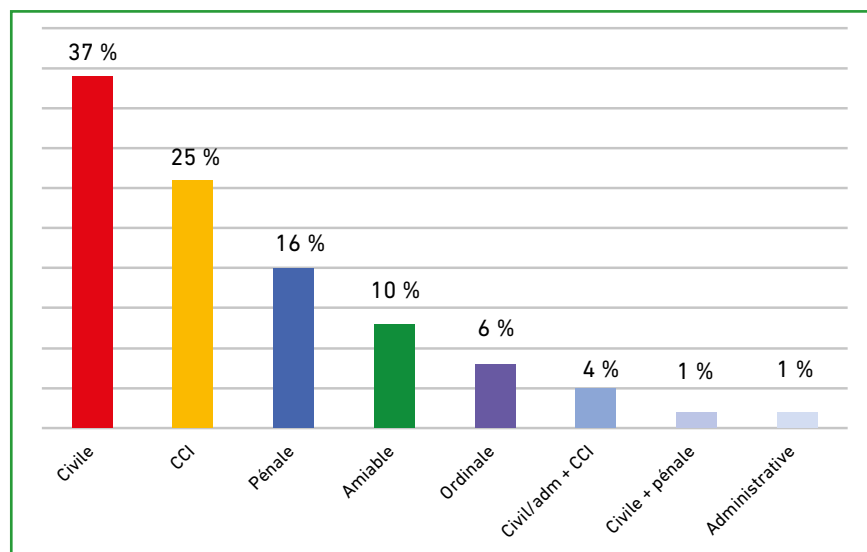


Fig. 2.

enfant à l'appréciation du procureur de la République par le biais d'une plainte pénale déposée auprès des autorités de police ou de gendarmerie.

Une majorité de dossiers connaît une issue favorable pour les praticiens

68 % des dossiers sont terminés et 32 % des dossiers sont toujours en cours.

Parmi les dossiers terminés, 86 % ont connu une issue favorable pour les sociétaires de la MACSF, soit parce que le dossier ne connaît aucune suite, soit parce que le pédiatre est mis hors de cause, soit après dépôt d'un rapport d'expertise favorable pour le praticien sans suite de la procédure par les parents de l'enfant. À l'inverse, 14 % de ces dossiers terminés ont évolué défavorablement pour les praticiens mis en cause, soit par une condamnation judiciaire, soit en raison d'un avis CCI défavorable. Avec l'accord des praticiens, des dossiers sont également transigés à l'amiable suite au dépôt d'un rapport d'expertise amiable ou judiciaire défavorable risquant d'évoluer vers une poursuite de la demande indemnitaire.

Concernant les 40 dossiers en cours, il convient de relever 13 "dossiers à risque" dont 3 au pénal. Il s'agit de dossiers pour lesquels un rapport d'expertise défavorable a été rendu et qui sont en attente d'un jugement (civil ou pénal) ou d'un avis CCI établissant les éventuelles responsabilités. Sont également à relever 10 dossiers avec un rapport d'expertise favorable. 17 dossiers correspondent à des dossiers en attente d'organisation d'une expertise.

Quels sont les principaux manquements retenus contre les pédiatres ?

L'analyse de l'échantillon de l'étude met en avant 12 dossiers fautifs. Le

principal manquement retenu contre les sociétaires pédiatres de la MACSF est le défaut/retard de prise en charge. Ce manquement est d'ailleurs en adéquation avec l'un des deux principaux événements indésirables rencontrés pour la cohorte : le défaut/retard de prise en charge retrouvé dans 23 % des dossiers.

Les pédiatres se voient régulièrement reprocher des défauts/retards diagnostiques. Tel a été le cas pour deux praticiens (pour un même dossier) pour un retard diagnostique d'un gliome du chiasma optique chez un enfant de 18 mois et pour un autre praticien pour un retard diagnostique d'une luxation congénitale de hanche. Une maladresse/défaillance technique a également été retenue à l'encontre d'un praticien. Il s'agit d'une brûlure chez un enfant de 3 mois consécutive à l'utilisation d'un stylo à nitrate d'argent pour traiter un bourgeon ombilical (fig. 3).

À noter qu'aucun des sociétaires pédiatres de la MACSF n'a vu sa responsabilité engagée au titre d'un défaut d'information. Cependant, le devoir d'information du patient qui incombe à tout médecin n'est pas à négliger. En effet pour rappel, la loi du 4 mars 2002

a codifié l'obligation d'information du patient à l'article L.1111-2 du Code de la santé publique qui indique que "*toute personne a le droit d'être informée sur son état*".

L'information du patient constitue un temps fort de sa prise en charge. Elle est indispensable à l'obtention de son consentement libre et éclairé à l'acte médical envisagé. En ce sens, il ne s'agit pas pour le médecin de donner une information "brute" sans aucune explication, celle-ci doit être "*claire, loyale et appropriée*" et adaptée à l'état de santé, aux investigations et aux soins proposés (article 35 du Code de déontologie médicale). Un véritable dialogue doit s'instaurer entre le médecin et son patient.

La particularité en pédiatrie tient à l'information du patient mineur. L'article 371-1 du Code civil indique que "*L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne [...]*". Le principe est donc celui d'une information sur les différents

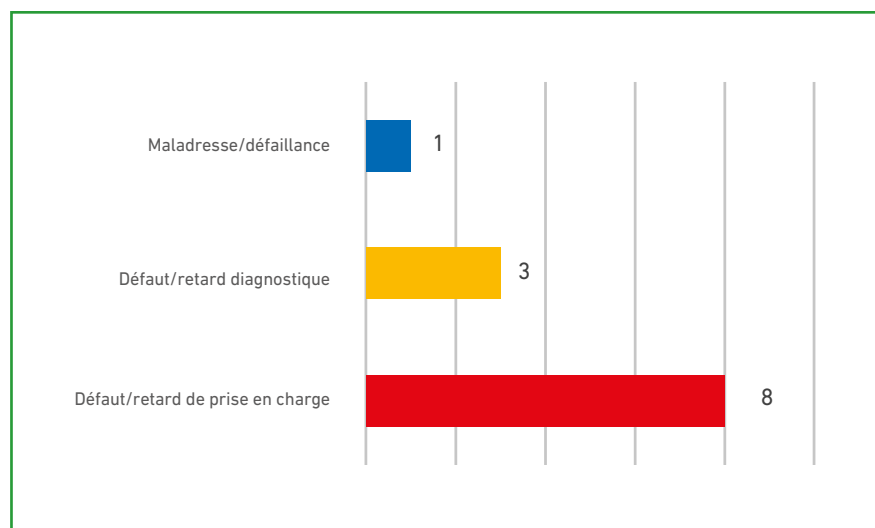


Fig. 3.

Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

traitements, investigations ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles des titulaires de l'autorité parentale comme s'ils étaient eux-mêmes le patient.

Cependant, le mineur doit également être informé des actes et examens nécessaires à sa prise en charge médicale. Cette information doit être adaptée à son degré de maturité, et donc à son âge et ses capacités de compréhension. Ainsi, son consentement doit être recherché et recueilli s'il est en mesure de l'exprimer et de participer à la décision médicale qui le concerne (article L.1111-4 du Code de la santé publique). En conséquence, le pédiatre doit recueillir le consentement des titulaires de l'autorité parentale et celui du mineur lui-même s'il est en mesure de le donner.

La question qui se pose est celle de savoir à partir de quel âge on peut considérer qu'un mineur est capable de discerner. Aucun texte législatif ou réglementaire ne précise d'âge, exception faite pour les mineurs de 16 ans et plus dont les liens familiaux sont rompus et qui bénéficient des remboursements de la Sécurité sociale. En effet, la capacité de discernement ou de compréhension est très variable d'un enfant à l'autre. Si elle est acquise pour un enfant de 16 ans et plus, et évidemment non acquise chez un enfant de 3 ou 4 ans qui ne peut pas être considéré comme suffisamment mature, la question est plus problématique pour les enfants d'âge intermédiaire. Sur ce point, un référentiel de décembre 2011 de la Haute Autorité de santé intitulé "Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé" propose une distinction selon l'âge pour déterminer les conditions d'accueil les plus adaptées :

- moins de 3 ans ;
- âge moyen (de 3 à 7 ans) ;
- grands enfants (de 8 à 11 ans) ;
- préadolescents et adolescents (de 12 à 17 ans).

En conséquence, en fonction de l'âge de l'enfant, lorsque le pédiatre l'informe sur son état de santé, il devra tenir compte de sa maturité personnelle, de sa capacité de compréhension (le vocabulaire devra être adapté et approprié) et de la nature de sa pathologie.

Quelques exemples de dossiers fautifs

L'étude menée sur un échantillon de 125 réclamations formulées à l'encontre des pédiatres assurés en responsabilité civile professionnelle à la MACSF met en exergue des dossiers pour lesquels la responsabilité des praticiens a été retenue, comme par exemple pour un retard diagnostique chez un jeune enfant ou des dossiers ouverts suite à une vaccination.

1. Retard diagnostique d'un gliome du chiasma optique chez un enfant âgé de moins d'un an

Un enfant né en 2011 est suivi par un pédiatre qui réalise l'examen du 2^e mois et ne note aucun défaut sur le plan ophtalmologique. À 4,5 mois, lors d'une nouvelle consultation de suivi, l'enfant est vu par un autre pédiatre (dans le même cabinet). Le praticien relève un strabisme droit/gauche alternant.

L'enfant est de nouveau examiné à l'âge de 10 mois, le strabisme est toujours présent. Le pédiatre qui voit l'enfant oriente les parents vers un ophtalmologue. Quelques semaines plus tard (en 2012), une consultation par un ophtalmologue est réalisée. Il note un strabisme convergent de l'œil droit avec léger nystagmus et prescrit des verres correcteurs, un suivi orthoptique et demande un suivi annuel de l'enfant. L'enfant est également revu à intervalles réguliers par les deux pédiatres par alternance.

En 2015, un nystagmus, un œdème et une pâleur papillaire bilatérale ainsi qu'une alerte de l'orthoptiste amènent l'ophtal-

mologue à orienter les parents de l'enfant vers un CHU en vue d'explorations complémentaires. Une IRM finalement réalisée 3 mois après la consultation au CHU met en avant une tumeur du chiasma optique de type glioblastome. Une chimiothérapie est mise en place pendant 18 mois avec une stabilisation de la croissance tumorale. Cependant, aucune récupération visuelle n'est à noter : cécité de l'œil droit (limité à la perception lumineuse) et malvoyance sévère de l'œil gauche (1/10^e).

Les parents saisissent la CCI, reprochant aux deux pédiatres et à l'ophtalmologue un retard diagnostique du gliome du chiasma optique. Une expertise est réalisée. L'expert conclut à un retard diagnostique de 23 mois imputable à l'ophtalmologue qui aurait dû suspecter de principe une cause neurologique et demander dès la première consultation (en 2012) une IRM. En revanche, l'expert écarte la responsabilité des deux pédiatres en charge du suivi de l'enfant, ces derniers ayant confié la surveillance du strabisme présenté à un praticien spécialisé.

Dans son avis, la CCI estime que "devant un strabisme avec nystagmus acquis l'enfant aurait dû bénéficier d'un examen par un neuropédiatre et d'une imagerie pour éliminer une cause notamment tumorale à ces symptômes neurologiques". De ce fait, la Commission retient la responsabilité de l'ophtalmologue qui "aurait dû vérifier de façon plus étroite l'efficacité du traitement prescrit et demander une imagerie". Contrairement aux conclusions de l'expert, la Commission retient également la responsabilité des deux pédiatres car "aucun d'eux n'a remis en cause la diagnostic initial bénin malgré la persistance des signes qui se sont aggravés". Ils auraient dû s'inquiéter de la non-régression des symptômes malgré le traitement mis en place et adresser l'enfant à un neuropédiatre.

La durée de compression des voies optiques par la tumeur a fait perdre à

l'enfant toute chance de récupération visuelle, cette perte de chance est évaluée à 60 %. La Commission conclut à une responsabilité des trois praticiens pour un retard diagnostique de 2,5 ans dont 50 % imputables à l'ophtalmologue et 25 % pour chacun des deux pédiatres. L'état de santé de l'enfant n'étant pas consolidé, une nouvelle expertise pour évaluer les différents préjudices est prévue lorsqu'il sera âgé de 12 ans.

Si l'expert a écarté la responsabilité des deux pédiatres estimant que leur prise en charge de l'enfant a été conforme aux règles de l'art, la CCI estime qu'ils ont commis un manquement ayant participé à la réalisation du dommage. L'expertise médicale est un moment clé du litige. Le médecin expert est mandaté pour éclairer sur l'aspect scientifique du dommage, établir ainsi les différents manquements commis et évaluer les préjudices en lien avec le dommage. Cependant, ni les juridictions, ni la CCI ne sont tenues de suivre les conclusions expertales. Il n'est pas rare que les experts rendent un rapport d'expertise favorable à un praticien mais que sa responsabilité soit tout de même retenue par les juges ou membres de la CCI.

Dans ce dossier, la MACSF a contesté, devant les juridictions civiles, l'avis rendu par la CCI. En effet, si le retard diagnostique de l'ophtalmologue n'est pas contesté, il est en revanche plus difficile à admettre pour les deux pédiatres qui ont orienté les parents vers un praticien spécialisé. De plus, la maladie présentée par l'enfant à cet âge, un gliome du chiasma, est très rare et donc de diagnostic difficile. Il présentait probablement des facteurs tumoraux intrinsèques de mauvais pronostic dès la naissance et il est très difficile de déterminer comment la tumeur aurait évolué en cas de chimiothérapie plus précoce. Un jugement a débouté les parents de leur demande de provisionnement du dossier et ordonné la réalisation d'une nouvelle expertise.

2. Complications consécutives à une vaccination de l'enfant ?

Sur les 125 dossiers de l'étude, 5 dossiers (soit 4 % des dossiers ouverts) concernent une mise en cause du médecin pédiatre pour un éventuel lien de causalité entre une vaccination et des troubles présentés par l'enfant.

>>> En 1987, selon le schéma vaccinal habituel de cette année, un enfant est vu en consultation pour une première injection par DTP. Dans les suites immédiates, il présente des convulsions hyperthermiques et est rapidement pris en charge. Suivront d'autres crises importantes et un diagnostic d'encéphalopathie épileptique sera établi.

Ses parents saisissent les juridictions civiles, estimant que les troubles présentés par leur enfant sont en lien avec la vaccination. Une expertise est organisée et l'expert conclut à un très probable syndrome de Dravet, épilepsie grave d'origine génétique chez l'enfant déclenchée par des accès fébriles tels que celui observé au décours de l'injection vaccinale. Il estime que la vaccination réalisée par le praticien était parfaitement conforme aux recommandations vaccinales et qu'il n'existe pas de lien de causalité direct et certain entre ce vaccin et les troubles présentés par l'enfant (état antérieur prédominant).

>>> En 2009, sur demande des parents, un pédiatre vaccine un enfant contre la varicelle par Varilrix. Une semaine plus tard, constatant une gêne motrice, les parents contactent le praticien. L'enfant est vu en consultation et une hémiparésie gauche est objectivée. Il est immédiatement adressé aux urgences pédiatriques et pris en charge en neuropédiatrie afin de bénéficier d'examen complémentaires. De légers troubles neurologiques secondaires persistent.

Les parents, estimant que ces troubles sont en lien avec la vaccination non obligatoire de leur enfant, engagent une

procédure à l'amiable qui ne connaîtra aucune suite.

>>> En 2012, un enfant est suivi par un pédiatre pour les visites des 2^e, 4^e et 9^e mois. Les examens sont normaux et le calendrier vaccinal est respecté. Lors d'une consultation (réalisée plusieurs mois après le dernier vaccin), le praticien constate que l'enfant présente des sursauts. Il est pris en charge en CHU et une épilepsie myoclonique bénigne est diagnostiquée. Différents traitements sont mis en place mais seront arrêtés par les parents, les trouvant inefficaces.

Ils saisissent les juridictions civiles, estimant que les troubles présentés par leur enfant sont en lien avec la dernière vaccination réalisée. Une expertise est organisée et l'expert estime qu'au vu du délai d'apparition (plusieurs mois) entre la dernière vaccination et les premiers signes neurologiques, l'imputabilité n'est pas directe et certaine. Il n'est donc pas possible d'affirmer que le vaccin réalisé est à l'origine de la pathologie épileptique présentée par l'enfant.

>>> En 2017, un enfant fait un malaise dans les suites immédiates d'une vaccination contre la coqueluche (selon le calendrier vaccinal). Il est rapidement pris en charge pour un bilan qui s'avère normal, à l'exception d'un léger reflux gastro-œsophagien.

Les parents saisissent le Conseil de l'Ordre des médecins, estimant que le malaise présenté par leur enfant est en lien avec la vaccination. Une conciliation ordinale est organisée entre le praticien et les parents de l'enfant. Suite à des échanges sur l'existence d'éventuels effets indésirables du vaccin mais sans conséquence pour leur enfant, un procès-verbal de conciliation ordinale a été rendu.

>>> En 2018, un pédiatre voit en consultation un enfant pour une deuxième injection de ROR (selon le calendrier

■ Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

vaccinal). Quelques semaines plus tard, sont diagnostiqués un purpura thrombopénique idiopathique et une leucémie aiguë lymphoblastique.

Les parents, estimant que ces troubles sont en lien avec la vaccination réalisée, saisissent la CCI. L'expert conclut à une incertitude quant à la causalité entre la vaccination obligatoire et le purpura thrombopénique idiopathique survenu, et entre le purpura thrombopénique idio-

pathique et la leucémie. En effet, il rappelle que le lien de causalité entre une vaccination réalisée et le développement d'une leucémie reste non démontré. La CCI rejette donc la demande d'indemnisation des parents car le lien de causalité n'est pas établi.

Ces cinq dossiers, dont quatre concernent une vaccination obligatoire (réalisée selon le calendrier vaccinal de l'année) et le dernier une vaccination

non obligatoire effectuée à la demande des parents, ont tous connu une issue favorable pour nos sociétaires. En effet, il est très difficile d'établir une causalité directe et certaine entre une vaccination et l'apparition de troubles, condition indispensable pour retenir la responsabilité d'un praticien.

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