



COLLECTION COSMOS • SÉRIE INFERNO

Le fromage, l'embolie et la nuit sans alarme

Cas de responsabilité médicale - Suisse

Diagnostic manqué • causalité hypothétique • expertises contradictoires • onze ans de procédure

Piège central La première expertise voit des violations des règles de l'art, mais estime le décès probablement inévitable. La seconde estime la prise en charge défendable. Il faut donc raisonner deux fois : d'abord sur le manquement, ensuite - séparément - sur la causalité.

Repère	Contenu
Niveau	Inferno
Durée conseillée	3 h 30
Barème	100 points
Domaines	Responsabilité civile, droit pénal médical, preuve et procédure
Source	Cas réel entièrement anonymisé et remanié à des fins pédagogiques

Dossier étudiant suivi du corrigé intégral



PARTIE I - DOSSIER ÉTUDIANT

Consigne : Ne consultez pas le corrigé avant d'avoir rédigé une solution complète. Les faits établis, contestés et seulement allégués sont volontairement mêlés.

1. Mission

Vous êtes collaborateur ou collaboratrice dans une étude chargée de défendre un hôpital régional privé reconnu d'intérêt public. Les héritiers d'une patiente décédée réclament réparation après un classement pénal. Vous devez préparer une note de plaidoirie qui traite toutes les voies de responsabilité, sans confondre faute médicale, issue défavorable et causalité.

- Qualifier les rapports juridiques et identifier les bons défenseurs.
- Analyser séparément le diagnostic initial, la surveillance diurne et l'épisode nocturne.
- Évaluer la causalité hypothétique et la portée du refus d'anticoagulation.
- Traiter les qualifications pénales et l'effet du classement sur l'action civile.
- Prendre position sur les deux expertises et proposer une issue motivée.

2. Les faits

2.1 Deux semaines avant l'hospitalisation

Mme Aline Mercier, 79 ans, vit de manière autonome. Elle est connue pour une hypertension artérielle traitée et un excès pondéral modéré. Son médecin traitant constate une fibrillation auriculaire nouvellement apparue. Il lui recommande un anticoagulant oral exigeant des contrôles réguliers. Mme Mercier se montre réticente et refuse, au moins provisoirement, ce traitement. De l'aspirine cardio 100 mg lui est prescrite comme solution de repli. Un nouveau rendez-vous doit avoir lieu dans la quinzaine.

Le dossier du médecin traitant mentionne la proposition, la réticence et le choix de l'aspirine, mais ne reproduit pas le détail de l'information donnée sur le risque cardio-embolique. À l'admission, la patiente indique aux médecins hospitaliers qu'elle ne prend pas d'anticoagulant.

2.2 L'arrivée aux urgences

Un jeudi vers 19 h, Mme Mercier mange notamment de la feta qu'elle décrit elle-même comme « vieille d'un an ». Environ trente minutes plus tard surviennent des douleurs abdominales intenses, cinq à six vomissements et plusieurs épisodes de diarrhée. Elle appelle les secours et arrive aux urgences vers 20 h 45.

Les douleurs sont évaluées à 8/10. La patiente transpire. Sa pression artérielle est élevée et son pouls irrégulier varie entre environ 80 et 130/min dans le contexte de la fibrillation auriculaire. La température et la saturation sont rassurantes. Les leucocytes sont légèrement augmentés, la CRP est basse, les tests hépatiques et la lipase ne sont pas perturbés. L'abdomen est souple, douloureux surtout à l'épigastre, sans défense ni signe de péritonisme. Aucun sang dans les selles n'est documenté.

Un médecin assistant disposant de deux ans d'expérience en chirurgie retient une gastrite, une gastro-entérite ou une intoxication alimentaire. Il discute téléphoniquement avec son supérieur, qui ne se déplace pas. Une hydratation et plusieurs antalgiques/antispasmodiques sont administrés. Aucun lactate, ultrason abdominal ou angio-CT n'est réalisé.



2.3 La journée en médecine interne

La patiente est transférée en médecine interne vers 1 h 30. À 9 h 45, la feuille d'évolution infirmière porte la mention suivante : « douleurs abdominales persistantes, peu soulagées par le traitement ; pas de vomissement ce jour ; stimuler les boissons ; retour à domicile ce week-end ? ». Lors de la visite médicale du matin, la patiente dit avoir encore mal, mais moins que la veille. L'abdomen est souple et sans défense. Les vomissements et les diarrhées ne se reproduisent plus. Elle boit et demeure autonome.

Deux visiteuses présentes entre 15 h et 16 h 45 livreront pourtant une description beaucoup plus alarmante : visage rouge ou cyanosé, tremblements, hyperventilation, agitation liée à la douleur et abdomen ressenti comme dur. Vers 16 h 40, un antalgique injectable est administré. Une médecin assistante réexamine la patiente vers 16 h 45 et ne retrouve ni défense ni péritonisme. Le dossier ne contient pas d'évaluation sériee de l'intensité des douleurs.

2.4 La dernière nuit

Au début de la nuit, Mme Mercier répond qu'elle va « un peu mieux ». À minuit, elle ne signale rien. Vers 1 h, elle sonne parce que sa voisine de chambre, désorientée, est tombée. Elle se rend seule aux toilettes, puis décrit une bouffée de chaleur et une sensation « bizarre ». Sa pression artérielle est mesurée à 90/55 mmHg selon l'infirmière ; les héritiers parleront de 85/50 mmHg.

L'infirmière surélève les jambes, parle avec la patiente et téléphone au médecin assistant de garde. Celui-ci demande s'il doit venir immédiatement. L'infirmière répond que cela ne paraît pas nécessaire et annonce qu'elle répétera la mesure. Une heure plus tard, la pression est remontée. Le médecin ne voit pas personnellement la patiente. Vers 3 h, elle paraît dormir et ouvre brièvement un œil lors du passage. À 6 h, elle est trouvée morte, les jambes pendant hors du lit, avec du sang foncé répandu au sol.

2.5 L'autopsie

L'autopsie met en évidence une nécrose de l'iléon, du jéjunum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse, sur environ quatre mètres, due à un infarctus mésentérique. Un thrombo-embolie frais de deux centimètres obstrue la portion proximale de l'artère mésentérique supérieure ; plusieurs thrombus périphériques sont présents. S'y ajoutent un infarctus rénal récent et une petite embolie pulmonaire périphérique. Aucun thrombus intracardiaque n'est retrouvé. Le système nerveux central n'est pas examiné.

Les pathologistes attribuent vraisemblablement la maladie thrombo-embolique à la fibrillation auriculaire. Ils découvrent également, fortuitement, une cholécystite chronique lithiasique et une diverticulose jéjunale.



3. Le dossier de preuve

3.1 Chronologie clinique condensée

Moment	Élément
J-14	Fibrillation auriculaire diagnostiquée ; anticoagulation proposée puis refusée ; aspirine 100 mg.
Jeudi 19 h	Repas avec feta dite très ancienne ; symptômes digestifs dans les 30 minutes.
20 h 45	Urgences : douleur 8/10, vomissements, diarrhée, abdomen souple, laboratoire peu contributif.
Vendredi 1 h 30	Transfert en médecine interne pour observation.
9 h 45	Douleurs persistantes et peu soulagées selon la note infirmière.
10 h	Visite : douleurs diminuées, plus de vomissements/diarrhée, pas de péritonisme.
15 h-16 h 45	Visiteuses : tableau très douloureux ; antalgique ; examen médical rassurant à 16 h 45.
Samedi 1 h	Bouffée de chaleur, sensation bizarre, hypotension transitoire ; appel au médecin ; pas d'examen médical.
2 h	Pression artérielle remontée.
3 h	Patiente apparemment endormie.
6 h	Décès constaté.

3.2 Témoignages et dossier : les frottements

Thème	Versions concurrentes
Douleur	Note infirmière : persistante et peu soulagée à 9 h 45 ; visite médicale : douleur en diminution ; visiteurs : très forte vers 15-16 h 45.
Abdomen	Médecins : souple, sans défense à plusieurs reprises ; proche : abdomen perçu comme dur lors d'une palpation non professionnelle.
Surveillance	Dossier informatique : passages réguliers ; visiteuse : presque personne pendant 1 h 45 ; certaines réponses aux sonnettes ne sont pas systématiquement documentées.
Hypotension	Infirmière : 90/55, pas excessivement basse, remontée après une heure ; plainte : 85/50, valeur alarmante restée sans réaction.
Nuit	Infirmière : pas de douleur signalée à 1 h ; plainte : douleurs violentes et injection nocturne de Buscopan.
Sortie	Dossier : retour possible le week-end ; une visiteuse dit que la patiente pensait sortir le lendemain ; l'autre estime que son état imposait un séjour prolongé.



3.3 Deux expertises judiciaires

Question	Expert A	Expert B
Diagnostic initial	Expert A : l'ischémie devait figurer au différentiel.	Expert B : intoxication alimentaire/gastro-entérite plausible, y compris avec un délai de 30 minutes.
Fibrillation	Facteur majeur devant alerter.	Facteur de risque réel mais insuffisant à lui seul ; événement mésentérique extrêmement rare.
Examens	Lactate, ultrason et surtout angio-CT auraient dû être discutés.	Aucun examen de laboratoire n'est spécifique ; ultrason non indiqué ; angio-CT disproportionné sans faisceau d'indices.
Supervision	Le supérieur aurait dû examiner personnellement la patiente.	L'appel du médecin assistant expérimenté suffisait au vu du tableau et de l'absence de gravité.
Journée	Douleurs persistantes : investigations supplémentaires nécessaires.	Amélioration partielle, disparition des vomissements/diarrhées, absence de signe nouveau : suivi cohérent.
Nuit	Consultation téléphonique insuffisante après péjoration.	Hypotension transitoire sans autre signe ; évolution terminale extrêmement soudaine et atypique.
Règles de l'art	Omissions qualifiées de violations.	Aucun acte indéfendable ; prise en charge défendable et prudente.
Causalité	Décès vraisemblablement inévitable ; survie très réduite.	Impossible de chiffrer ; mortalité générale 60-93 %, atteinte très étendue, opération peut-être impossible.

3.4 Données institutionnelles

- Le Centre hospitalier des Trois-Rives est une personne morale de droit privé reconnue d'intérêt public.
- La patiente s'est adressée à l'établissement et n'a pas choisi individuellement les médecins de garde.
- Les médecins et le personnel infirmier concernés, sont salariés de l'établissement.
- Les héritiers ont néanmoins dirigé leur action civile contre l'établissement et contre le canton.



3.5 Parcours procédural

Étape	Événement
Année 0	Plainte pénale contre plusieurs médecins pour homicide par négligence et omission de prêter secours ; conclusions civiles annoncées.
Année 1	Audition des soignants, visiteurs, médecin traitant et proches.
Année 2	Expertise A ; avis de prochaine clôture annonçant un classement pour homicide par négligence.
Année 4	Action pécuniaire civile contre le canton et l'hôpital.
Année 7	Expertise B, ordonnée dans la procédure civile, défavorable aux demandeurs.
Année 9	Complément d'expertise ordonné.
Année 11	À la veille des auditions finales, les demandeurs proposent de retirer leur action si chaque partie conserve ses frais ; l'hôpital exige une participation aux frais de la seconde expertise.

4. Questions

- 1. Qualification et défendeurs (8 points)** - Quel régime de responsabilité s'applique à l'établissement privé reconnu d'intérêt public ? Le canton a-t-il qualité pour défendre ? Contre qui une action contractuelle doit-elle être dirigée ?
- 2. Conditions civiles (8 points)** - Exposez les conditions d'une responsabilité contractuelle et répartissez le fardeau de la preuve.
- 3. Standard de diligence (6 points)** - Une erreur de diagnostic suffit-elle à établir une violation des règles de l'art ? Formulez le test juridique pertinent et son point de vue temporel.
- 4. Urgences (8 points)** - Appréciez le diagnostic initial, l'appel téléphonique au supérieur et l'absence d'angio-CT.
- 5. Médecine interne (8 points)** - Les douleurs persistantes et les témoignages des visiteuses imposaient-ils de remettre en cause le diagnostic ?
- 6. Épisode nocturne (8 points)** - Analysez séparément le comportement de l'infirmière et celui du médecin de garde.
- 7. Preuve médicale (8 points)** - Comment le tribunal doit-il départager les deux expertises ? Quelle place donner au dossier incomplet et aux témoignages de proches ?
- 8. Causalité civile (12 points)** - À quel degré la causalité hypothétique doit-elle être prouvée ? Les taux de survie annoncés suffisent-ils ?
- 9. Perte d'une chance (6 points)** - Les héritiers peuvent-ils réclamer un pourcentage du dommage correspondant à une chance de survie perdue ?
- 10. Refus de l'anticoagulation (6 points)** - Ce refus rompt-il la causalité ? Peut-il réduire une indemnité ? Quelles conditions probatoires faut-il examiner ?
- 11. Droit pénal (10 points)** - Examinez l'homicide par négligence par omission : position de garant, devoir de prudence, prévisibilité, évitabilité et causalité.
- 12. Art. 128 CP (4 points)** - L'omission de prêter secours est-elle réalisée ?
- 13. Effets de la procédure pénale (4 points)** - Le classement lie-t-il le juge civil ? Qu'advient-il des prétentions civiles ?
- 14. Conclusion stratégique (4 points)** - Proposez l'issue civile la plus solide et une stratégie de règlement des frais après onze ans de procédure.



5. Travail attendu

Rédigez une solution structurée de cinq à sept pages. Pour chaque condition, présentez brièvement l'argument des demandeurs, celui de la défense, puis votre conclusion. Une réponse qui affirme seulement que « la médecine s'est trompée » ou que « la patiente serait morte de toute façon » ne traite pas le cas.

🔥 INFERNO — Le corrigé se mérite

Ce cas est conçu pour être résolu avant toute consultation du corrigé. Cherchez, raisonnez, argumentez... et acceptez de vous tromper : c'est précisément l'objectif.

Corrigé détaillé disponible sur demande — CHF 10.–

Il propose une résolution structurée, les fondements juridiques, les pièges du cas et les éléments de raisonnement attendus.

Un corrigé lu trop tôt ne corrige rien. Il court-circuite l'apprentissage.