*Article original / Original Article*

Morts naturelles après une consultation médicale récente : fréquence et nature des erreurs diagnostiques révélées par l'autopsie médico-légale

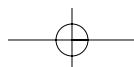
M. COFFY¹, P. CHARLIER¹, M. DURIGON¹,
G. LORIN DE LA GRANDMAISON¹

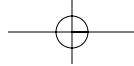
RÉSUMÉ

Une étude rétrospective a été réalisée afin d'estimer la fréquence et la nature des erreurs diagnostiques sur des cas de morts naturelles. Sur 1 019 autopsies médico-légales de morts naturelles réalisées entre janvier 1995 et décembre 2007, 43 cas (soit 4,3 %) présentaient la notion d'une consultation médicale dans un délai maximum de 15 jours avant le décès. Dans 65 % des cas, il s'agissait d'une consultation avec un médecin généraliste. Dans 50 % des cas, le diagnostic autopsique a infirmé le diagnostic clinique *ante mortem* évoqué. Les pathologies discordantes les plus fréquentes étaient cardiaques et chirurgicales. Les diagnostics cliniques les plus souvent suspectés étaient des pathologies digestives bénignes, connues comme diagnostic différentiel classique dans les pathologies cardio-vasculaires (par exemple une gastrite *versus* un infarctus du myocarde). Dans 28 % des cas, le décès résulte de l'évolution rapidement défavorable d'une pathologie correctement diagnostiquée par le clinicien. Dans ces cas, une infection pulmonaire était la cause la plus fréquente de décès. Dans 7 % des cas, il existait une association de deux pathologies, la pathologie bénigne diagnostiquée par le clinicien pouvant avoir décompensé la pathologie de découverte autopsique.

Mots clés : Mort naturelle, Mort subite, Consultation médicale, Responsabilité médicale, Autopsie médico-légale.

1. Service d'anatomie pathologique et de médecine légale, Hôpital Raymond Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 GARCHES (France).





SUMMARY

Natural Death After a Recent Medical Consultation: Frequency and Nature of Medical Errors Found by Forensic Autopsy

We carried out a study to determine the frequency and the nature of medical errors related to natural deaths occurring less than 2 weeks after a medical consultation. About 1,019 autopsy cases of natural death were performed between January 1995 and December 2007. In 4.3% of the cases, a recent medical consultation before death was found ($n=43$).

In most of the cases, the general physician was involved (65%). In 50% of the cases, autopsy showed a pathology which was overlooked before death. In these cases, cardiac and acute abdominal diseases were most frequently overlooked. Diagnosis established during medical consultation were often abdominal diseases, which are known to be classical differential diagnosis in cardiac diseases (such as gastritis versus myocardial infarction). In 28% of the cases, death was secondary to the natural evolution of a disease correctly diagnosed by the physician. In these cases, pulmonary infection was the most frequent cause of death. In 7% of the cases, two pathologies were associated. Minor pathology whose diagnosis was carried out by the physician led to decompensation of a pathology found at autopsy.

Key-words: Natural death, Sudden death, Medical consultation, Medical responsibility, Forensic autopsy.

INTRODUCTION

La pratique médicale est difficile à tous les niveaux de la prise en charge du malade : du diagnostic au traitement. Le médecin doit prodiguer des soins conscients, dévoués et conformes aux données acquises de la science (art. 32 du Code de déontologie). Le diagnostic doit être établi avec le plus grand soin, y consacrant le temps nécessaire en s'aidant des méthodes scientifiques les mieux adaptées (art. 33 du Code de Déontologie). Or en médecine, la science n'est pas exacte et les erreurs sont toujours possibles. Bien que l'on puisse en diminuer le risque, il ne peut être nul [7, 21]. Dans certains cas, cela peut entraîner le décès du patient et engager la responsabilité médicale. D'après certains auteurs, l'autopsie est un moyen d'investigation important pour connaître les causes de décès ou les réponses aux traitements, notamment dans le cadre d'autopsies médico-scientifiques [6, 10, 13, 15, 22]. Entre 19 et 25 % des diagnostics cliniques établis, toutes spécialités confondues, seraient erronés [9, 12, 14, 21]. Ces résultats proviennent essentiellement de services hospitaliers divers (médecine, réanimation médicale ou chirurgicale, urgences). Peu de données existent en ce qui concerne les décès survenus en milieu extra-

hospitalier. Notre étude a porté sur les cas de décès survenant après une consultation médicale récente, afin d'estimer la fréquence et la nature des erreurs diagnostiques dans un contexte médico-légal.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective, en sélectionnant les cas de décès ayant été récemment précédés d'une visite médicale récente, à partir de tous les cas de morts naturelles et subites ayant fait l'objet d'une autopsie médico-légale de janvier 1995 à décembre 2007 dans le service d'anatomie pathologique et de médecine légale de l'hôpital Raymond Poincaré. Un examen anatomo-pathologique des viscères a été réalisé de façon systématique. Des prélèvements de sang périphérique, d'urines, de liquide gastrique, de bile et de viscères ont été effectués en vue d'une expertise toxicologique. Parmi les cas sélectionnés, nous avons pris en compte ceux pour lesquels le patient a consulté un médecin dans un délai de 15 jours au maximum avant le décès. Ont été également pris en compte les cas de consultations pour lesquelles l'examen clinique

était normal et subnormal, ne donnant lieu à aucune thérapeutique ou seulement à un traitement purement symptomatique. Les données médicales étaient respectivement fournies par l'enquête décès effectuée par les services de police ou de gendarmerie, les ordonnances datées, les certificats d'arrêt de travail, les comptes rendus d'hospitalisation, les copies de carnet de santé ou les données recueillies lors d'un contact téléphonique auprès du médecin de la personne décédée.

Les critères d'exclusion étaient respectivement un délai de consultation avant le décès supérieur à 15 jours, les cas de cadavres putréfiés, les causes de décès inconnues après autopsie, les cas de décès au sein de structures publiques (hôpital, prison, maison de retraite, centre psychiatrique). Ainsi n'ont pas été pris en compte les décès post-opératoires ni les décès iatrogènes.

Plusieurs critères ont été étudiés pour chaque cas sélectionnés :

- ✓ l'âge, le sexe de la personne décédée ;
- ✓ le délai entre la consultation médicale et le constat de décès ;
- ✓ le diagnostic clinique initial évoqué ;
- ✓ le type de consultation médicale réalisée (médecine générale, spécialiste) ;
- ✓ la cause de mort établie après autopsie et examen anatomo-pathologique systématique des viscères ;
- ✓ la discordance ou non entre la pathologie diagnostiquée sur le plan clinique et la pathologie responsable du décès mise en évidence à l'autopsie ;
- ✓ l'existence de lésions à l'examen macroscopique et microscopique des viscères en faveur du diagnostic initial.

Enfin le degré de discordance a été analysé en distinguant plusieurs situations :

- ✓ les discordances complètes entre les deux diagnostics ;
- ✓ les évolutions défavorables de la pathologie initiale diagnostiquée par le médecin ;
- ✓ les complications cliniques de la pathologie initiale diagnostiquée par le médecin ;
- ✓ les associations de pathologies, comprenant une pathologie bénigne diagnostiquée par le

médecin et la pathologie d'évolution mortelle non diagnostiquée lors de la consultation (des éléments macroscopiques et microscopiques en faveur du premier diagnostic sont présents mais n'expliquent pas le décès) ;

- ✓ les points d'appels cliniques initiaux étaient évidents mais l'absence de données médicales fiables de la prise en charge ne permettait pas de conclure à une discordance ou non.

RÉSULTATS

Entre janvier 1995 et décembre 2007, 4 105 autopsies médico-légales ont été pratiquées dans le service d'anatomie pathologique et de médecine légale de l'hôpital Raymond Poincaré. Durant cette période, 1 019 cas correspondaient à des morts naturelles dont 450 classées en morts subites. Quarante trois cas pour lesquels une consultation médicale avait eu lieu 15 jours avant le décès ont été sélectionnés.

L'âge moyen des personnes décédées était de 31 ans avec des âges extrêmes de 1 an et 64 ans.

Les femmes et les hommes étaient presque également représentés avec un sexe ratio de 1,15 en faveur des hommes.

Le délai moyen entre la consultation et le décès était de 4 jours dans l'intervalle de 15 jours précédemment défini.

Dans 25 cas, les consultations médicales ont été faites par un médecin généraliste, le plus souvent traitant du patient auxquelles on peut ajouter trois visites effectuées par SOS Médecin. Les visites en médecine générale représentaient 65 % des cas, suivies des consultations aux urgences dans 12 cas (28 %). Les autres spécialités étaient plus rarement observées : médecine du travail ($n = 1$), pédiatrie ($n = 2$).

Les données médicales à notre disposition ont été fournies par les services de police ou de gendarmerie dans tous les cas. Dans 53 % des cas, ces informations ont été confirmées par des données médicales plus fiables. Il s'agissait d'un certificat médical de la levée de corps dans 21 % des cas, une ordonnance datée dans 16 % des cas. Dans 13 cas, les informations médicales provenaient d'un contact téléphonique avec le médecin ($n = 5$), de certificats médicaux ($n = 2$), de compte rendu de passage aux urgences ($n = 3$) ou de copies de carnet de santé ($n = 3$). Dans 2 cas, une procédure judi-

Causes de décès	Nombre de cas (%)
Cardiovasculaire	21 (49 %)
Pulmonaire	9 (21 %)
Neurologique	2 (5 %)
Pathologie aiguë chirurgicale de l'abdomen	5 (12 %)
Pathologie aiguë non chirurgicale de l'abdomen	3 (7 %)
Pathologies infectieuses	2 (5 %)
Autres	1 (2 %)

Tableau I : Causes de décès mises en évidence après autopsie et examen anatomo-pathologique des viscères.

ciaire pénale a été engagée pour laquelle le commémoratif des faits nous a été communiqué. Enfin dans un cas nous avons exploité une lettre du père de la personne décédée demandant l'autopsie au Procureur, et qui résumait les faits médicaux.

Dans deux cas, le patient a refusé l'hospitalisation demandée par le médecin devant la gravité de l'état clinique.

Les causes de mort établies après autopsie sont présentées dans le tableau I.

Les résultats d'analyses toxicologiques à notre disposition pour 14 cas n'ont pas montré d'élément en faveur d'une origine toxique du décès. Les produits retrouvés (alcoolémie à taux < 1,5 g/l, cannabis, antalgiques) n'ont pas joué de rôle dans le mécanisme de décès ni dans l'évolution de la pathologie. Dans les autres cas, l'expertise toxicologique n'était pas disponible (constatations macroscopique et microscopique suffisantes, absence de demande du Parquet pour la réalisation de cet examen).

Parmi les causes cardiaques de décès, on remarque une répartition quasiment homogène entre trois principales pathologies cardiovasculaires : dissection aortique (24 %), cardiopathie ischémique (29 %) et myocarde/péricardite (29 %). Les cardiomyopathies étaient plus rarement observées (19 %). Parmi ces cardiomyopathies ($n = 4$), ont été constatés trois cas de cardiomyopathie hypertrophique et un cas de cardiomyopathie dilatée.

Parmi les cinq cas de pathologie aiguë chirurgicale, ont été respectivement observés les cas d'une perforation d'un ulcère gastrique traité pour une gastrite, d'une grossesse extra utérine ou d'une pancréatite aiguë soignées pour une gastro-entérite, d'une occlusion sur bride traitée pour une gastrite, d'une péritonite appendiculaire traitée pour des vomissements provoqués.

Le tableau II montre le degré de discordance entre le diagnostic clinique initial et le diagnostic établi après l'autopsie pour 42 cas : a été exclu le cas où la personne décédée a consulté en médecine du travail. Aucun

Degré de discordance	Nombre de cas (%)
Discordance complète	21 (50 %)
Evolution défavorable d'une pathologie	12 (28 %)
Complication d'une pathologie	1 (2 %)
Association de la pathologie initiale et de la pathologie autopsique	3 (7 %)
Point d'appel clinique présents mais pas d'éléments médicaux sur la prise en charge	5 (12 %)

Tableau II : Degré de discordance entre le diagnostic clinique initial et le diagnostic établi après autopsie.

diagnostic n'a été établi pendant la consultation (examen clinique normal), ne nous permettant pas d'établir une discordance des diagnostics.

Dans 50 % des cas, les conclusions cliniques étaient complètement discordantes, représentées essentiellement par les pathologies cardiaques ($n = 10$) et chirurgicales ($n = 4$). Parmi les 21 cas pour lesquels les diagnostics étaient discordants, l'autopsie a montré l'absence de lésions organiques initialement mises en cause dans 71 % des cas ($n = 15$). Dans 62 % de ces cas, les diagnostics de gastrite, gastro-entérite, reflux gastro-œsophagien sont cités mais ne sont pas retrouvés à l'examen macroscopique ni à l'examen microscopique des viscères ($n = 13$). Sur ces 13 cas, 7 ont un diagnostic *post mortem* cardiologique, 4 un diagnostic *post mortem* chirurgical et 1 un diagnostic *post mortem* pulmonaire. Dans les autres situations ($n = 8$), les atteintes initialement mises en cause ne pouvaient être observées (spasmophilie), ou difficilement décelables (rhinopharyngite) au moment de l'autopsie.

Dans environ 29 % des cas, il s'agissait de l'évolution fatale d'une pathologie cliniquement diagnostiquée mais dont le pronostic était grave. Ceci concernait essentiellement les pathologies ORL et pulmonaire, les bronchites évoluant en pneumopathie hypoxémiante bilatérale. Les terrains cliniques correspondaient à des sujets le plus souvent fragiles (alcoolisme chronique, toxicomanie).

Dans un cas, la mort était due à une complication de la pathologie initiale diagnostiquée par le médecin : une myocardite secondaire à un syndrome dysentérique à salmonella typhi.

Dans 12 % des cas ($n = 5$), les signes cliniques ou le contexte, étaient ceux classiques devant faire évoquer le diagnostic mais les éléments en notre possession ne nous permettaient pas de dire si le médecin avait posé le diagnostic ou pas. Dans 3 cas, il s'agissait de pathologie à type de cardiopathie (deux cardiopathies ischémiques et une cardiomyopathie dilatée). Le motif de consultation était une douleur thoracique ou un malaise. Dans un cas, le sujet présentait des antécédents médicaux suffisamment importants pour suspecter une ischémie myocardique. Dans un cas, il s'agissait d'une pathologie abdominale aiguë (pancréatite pour laquelle le motif de consultation était une douleur abdominale). Dans un autre cas il s'agissait d'un accident vasculaire cérébral hémorragique.

Enfin dans 7 % des cas ($n = 3$), il existait une association de deux diagnostics. Dans tous les cas,

il s'agissait d'un contexte d'infection virale concomitante avec une cardiopathie (gastro-entérite et myocardite, rhinite et myocardite, rhinopharyngite et péricardite) qui n'était pas décelée à l'examen initial.

DISCUSSION

Entre 1995 et 2007, 43 cas de morts naturelles survenues après une consultation médicale récente ont eu lieu, représentant 4,3 % des cas de mort naturelle autopsiées dans le service. Ce pourcentage est vraisemblablement sous estimé, du fait que le médecin légiste pratiquant l'autopsie manque souvent de données médicales fiables, et que l'autopsie médico-légale n'est pas systématique dans ce contexte.

Dans 65 % des cas, les décès surviennent après une consultation de médecine générale (médecin traitant ou SOS médecin), les autres spécialités médicales ou chirurgicales étant plus rarement représentées. Des études montrent que les services peu spécialisés (aussi bien parmi les spécialités médicales que chirurgicales) sont le plus souvent en cause dans les cas de décès survenant après une erreur médicale [4, 19]. Les médecins généralistes examinent un nombre important et varié de patients : 88,7 % des personnes de plus de 15 ans ont consulté un médecin généraliste dans l'année [données INSEE, 2005]. Le diagnostic initial n'est pas toujours établi avec certitude et nécessite parfois de revoir le malade après des examens complémentaires. Or les patients ne suivent pas toujours les recommandations établies par le praticien. Ainsi la visite de contrôle à 48 heures d'un épisode fébrile ou la radiographie de surveillance d'une infection pulmonaire ne sont pas toujours réalisées et peuvent mettre le praticien en difficulté. Peu d'études sont faites sur les décès survenant au décours de visites de ville, les recherches reposant le plus souvent sur les décès de personnes hospitalisées en réanimation ou aux urgences. En France, les seules données à notre disposition sont les statistiques des compagnies d'assurances professionnelles. Concernant la médecine générale libérale, la sinistralité en dommages corporels (plaintes pénales, ordinaires, CRCI, assignations, réclamations de la part des patients et déclarations de prudence de la part des médecins) est de 1,17 % [18]. Ce taux est largement inférieur aux taux retrouvés en chirurgie (49 %) et en obstétrique (16,7 %). Parmi ces déclarations, 16 % concernent la conduite diagnostique.

Dans 24 % des cas, le décès survient après une consultation aux urgences [20]. Les urgences sont un lieu où le risque d'erreur est important [11, 20]. Une équipe américaine a analysé les décès survenus inopinément dans un délai de 7 jours après une consultation aux urgences médicales [20]. Parmi les cas de décès inopinés secondaires à cette consultation, 60 % seraient liés à une erreur médicale, présentant un délai moyen de 3,8 jours entre la consultation et le décès. Les causes de décès les plus fréquemment observées sont les pathologies cardiovasculaires (31 %). Les sources d'erreurs évoquées dans cet article sont respectivement : la présence de signes vitaux anormaux et leur mauvaise interprétation (pouls < 60 ou > 99/minute, tension artérielle systolique < 90 ou > 179 mmHg, tension artérielle diastolique > 109 mmHg, fréquence respiratoire < 12 ou > 24/minute, saturation en oxygène < 90 %, température corporelle < 35°C ou > 37,9°C), la possible décompensation d'une pathologie chronique, la présence de signes cliniques atypiques, l'existence de troubles mentaux ou la consommation de toxiques. Par ailleurs le « nomadisme » des patients contribue à gêner la prise en charge médicale.

L'erreur diagnostique semble être la source la plus courante des bêtues médicales (33 %) avant les erreurs de prescription ou les défauts de surveillance [5, 7, 25]. Selon les sources des compagnies d'assurances françaises, la conduite diagnostique est à l'origine de 23 % des plaintes. Ces erreurs diagnostiques entraîneraient le décès du patient dans 30 % des cas [5].

Les pathologies en cause dans notre étude sont le plus souvent cardiaques (48 %), suivies des causes pulmonaires et chirurgicales. Ceci est à mettre en parallèle avec l'âge en majorité adulte de la population étudiée : les causes de décès chez les adultes sont le plus souvent cardiaques. Au sein de ce groupe de pathologie cardio-vasculaire, il est frappant de constater la répartition quasi homogène des pathologies ischémiques, infectieuses et vasculaires.

La dissection aortique en particulier semble tenir une place importante parmi les diagnostics erronés. Il s'agit d'un diagnostic difficile et les signes cliniques d'appel très variés en fonction de la localisation de la dissection faisant évoquer d'autres pathologies plus courantes.

Les atteintes pulmonaires diagnostiquées après l'autopsie sont le plus souvent infectieuses. Le diagnostic est fait mais la gravité n'est probablement pas correctement évaluée ou le patient n'a pas suivi les recom-

mandations du médecin. Il n'a pas été retrouvé d'emboîtie pulmonaire passée inaperçue.

Les pathologies aiguës chirurgicales de l'abdomen représentent également une cause importante de décès dans notre étude (12 %). En dehors d'un cas, les décès sont rapides survenant moins de 24 heures après la consultation. Ces pathologies sont le plus souvent source d'imprécision diagnostique en consultation de médecine générale, surtout lorsque le patient se plaint de douleurs abdominales ou de troubles gastriques [1].

Tous ces cas chirurgicaux sont marqués par une discordance nette entre le diagnostic initial et le diagnostic après autopsie, de même que 65 % des cas de mort cardio-vasculaire. Au total 50 % des diagnostics initiaux sont infirmés par l'autopsie. Les diagnostics cliniques initiaux mis en cause sont le plus souvent d'origine digestive : gastrite, gastro-entérite, reflux gastro-œsophagien. Cette notion de discordance entre le diagnostic *ante mortem* et le diagnostic *post mortem* répond à des critères précis proposé par Goldman [6] et établis selon les données médicales précises de la prise en charge du malade et des résultats de l'autopsie (tableau III). Elle est divisée en classes différentes selon la gravité de l'erreur médicale et ses conséquences sur la prise en charge du malade si le diagnostic avait été établi au moment de son vivant. Dans notre étude, il ne nous était pas possible d'appliquer cette classification en raison de données médicales insuffisantes. Toutefois nous avons considéré qu'il existait une discordance complète quand les deux diagnostics étaient véritablement différents et qu'aucune lésion macroscopique ou microscopique évoquant le diagnostic *ante mortem* n'était présente. Selon différentes études, le taux de discordance varie entre 19 et 30 % [2, 6, 12, 13, 18, 23]. Ces variations viennent du fait que les taux d'autopsie ne sont pas les mêmes, ainsi que la population de malades. Le plus souvent ces études sont faites par des équipes de réanimation de pointe, médicale ou chirurgicale, qui prennent en charge parfois des patients immunodéprimés (greffe). Dans 30 % des cas discordants, il s'agit de Classe II, pour lesquels l'erreur est majeure mais qui, si elle avait été rétablie, n'aurait pas modifié la prise en charge du malade. Les équipes médicales les mieux aguerries, ayant un plateau technique d'investigation important, n'échappent pas au risque d'erreur. La médecine devient de plus en plus technique mais de nouvelles pathologies émergent (infections opportunistes) et certaines pathologies sont très difficiles à mettre en évidence (embo-

Classes d'erreur diagnostique	Signification
Classe I (majeure)	Erreur diagnostique majeure, entraînant une conduite thérapeutique inappropriée et un pronostic plus sombre
Classe II (majeure)	Erreur diagnostique majeure n'amputant pas le pronostic vital malgré la modification thérapeutique
Classe III (mineure)	Erreur diagnostique mineure n'étant pas responsable du décès
Classe IV (mineure)	Autre type d'erreur diagnostique

Tableau III : Classification de Goldman pour les discordances diagnostiques.

lies très distales). Les réanimateurs revendiquent de pouvoir obtenir les autopsies de leurs malades, après l'accord de leur famille, à visée formatrice (jeune médecin, connaissance de nouvelles maladies, réponses aux traitements).

Pour comprendre le mécanisme de ces erreurs diagnostiques, Graber propose trois pistes qui peuvent s'associer [7, 8]. Il y aurait les erreurs non fautives liées à la présentation atypique de la maladie, ou à la mauvaise compliance du malade. Il y aurait des défauts de système liés aux erreurs techniques ou à une mauvaise organisation des soins et enfin il y aurait les erreurs dites « cognitives » pour lesquelles le médecin ferait des erreurs de connaissance, de synthèse, ou de collecte de données. Cette dernière forme d'erreur semble peu sensible à des améliorations. Lorsque l'on interroge les médecins, ils évoquent diverses sources d'erreurs possibles : l'inexpérience, la surcharge de travail, le défaut de jugement dans les dossiers difficiles, les erreurs d'analyse des examens paracliniques [5, 17, 25]. L'analyse de ces erreurs permettrait de mettre en place des règles de bonne pratique et des contrôles qualité et devrait être systématique tout comme l'est le débriefing dans le monde de l'aéronautique [3, 20]. Pour cela, l'autopsie est un outil incontournable [10, 12, 16, 17], dans le cadre hospitalier ou extra hospitalier [22].

L'appréciation des signes de gravité est également une étape difficile dans la prise en charge du malade. Selon les études, elle est mise en cause dans 21 % des causes d'erreurs médicales [12, 25]. Dans notre étude, elle concerne 28 % des cas et ce sont les pneumopathies infectieuses qui, soignées de manière seulement symptomatique ou avec une mono-antibiothérapie, sont

les principales causes de décès, chez des sujets fragiles (dénutrition, alcoolisme chronique, toxicomanie). Chez les enfants (deux cas), la cause la plus fréquente est la déshydratation après un épisode de gastro-entérite. Dans un cas il s'agissait d'une mauvaise évaluation de la perte de poids du nourrisson et dans un autre, l'évolution a été foudroyante en 3 heures sans que la prise en charge médicale ne soit à remettre en cause. L'association de pathologies surtout dans un contexte infectieux devrait alerter la vigilance du praticien. Une rhinopharyngite peut masquer une authentique myocardite, et une grippe peut décompenser un état coronarien précaire. La fièvre est un symptôme grand pourvoyeur d'erreur médicale [24], car non spécifique et très fréquent.

Notre étude présente deux principales limites. La première est le manque d'informations médicales précises sur la prise en charge mise en œuvre par le praticien qui a examiné le patient. De ce fait, les degrés de discordance évoqués peuvent être remis en cause. Le taux de discordance observé dans notre étude est supérieur à celui d'études déjà publiées. Cet important taux de discordance peut s'expliquer par le fait que les investigations médicales extra-hospitalières sont plus restreintes par rapport au plateau technique d'un hôpital. Par ailleurs le complément d'informations fourni lors des contacts avec les médecins traitants, était parfois limité par leur réticence à communiquer des informations au médecin légiste. Ceci peut être expliqué par le fait qu'ils soient liés par le secret professionnel, surtout lorsque leur pratique pouvait être remise en cause. La deuxième limite tient dans le type même de cette étude qui est une étude rétrospective.

CONCLUSION

Environ 4,3 % des personnes décédées de mort naturelle et faisant secondairement l'objet d'une autopsie médico-légale ont consulté un médecin, en majorité un médecin généraliste, dans les 15 jours précédant le décès. Dans 50 % des cas, le diagnostic autopsique a confirmé le diagnostic clinique *ante mortem* évoqué. Les pathologies discordantes les plus fréquentes sont cardiaques et chirurgicales et les diagnostics cliniques les plus souvent suspectés sont les pathologies digestives, source de diagnostics différentiels connus notamment cardiaques (par exemple une gastrite *versus* infarctus du myocarde). Les pathologies pulmonaires sont le plus souvent infectieuses et marquées par un évolution défavorable rapide. Dans 7 % des cas, il existe une association des deux pathologies, la pathologie bénigne diagnostiquée par le clinicien semblant décompenser la pathologie létale mise en évidence par l'autopsie. ■

RÉFÉRENCES

- [1] BHASALE A. – The wrong diagnosis : Identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring. *Fam. Pract.*, 1998, 15, 308-318.
- [2] COMBES A., MOKHTARI M., COUVELARD A., TROUILLET J.-L., BAUDOT J., HENIN D., GIBERT C., CHASTRE J. – Clinical and autopsy diagnoses in the Intensive Care Unit, *Arch. Unter. Med.*, 2004, 164, 389-392.
- [3] DAVID G. – Faire bon usage de l'erreur médicale, *Bull. Acad. Natle Med.*, 2003, 187, 129-139.
- [4] DI NUNNO N., DELL'ERBA A., VIOLA L., VIMERCATI L., CINA S., VIMERCATI F. – Medical malpractice, a study of cases histories by Forensic Medicine Section of Bari. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 2004, 25, 141-144.
- [5] GANDHI TK., KACHALIA A., THOMAS E., PUOPOLI AL., YOON C., BRENNAN TA., STUDDERT DM. – Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting : a study of closed malpractice claims. *Ann. Intern. Med.*, 2006, 145, 488-496.
- [6] GOLDMAN L. – The values of the autopsy in three medical eras. *N. Eng. J. Med.*, 1983, 308, 1000-1005.
- [7] GRABER M., GORDON R., FRANKLIN N. – Reducing diagnostic errors in medicine : What's the goal ? *Acad. Med.* 2002, 77, 10, 981-92.
- [8] GRABER M. – Diagnostic error in Internal Medicine. *Arch. Intern. Med.*, 2005, 165, 493-1499.
- [9] HAYWARD RA., HOFER TP. – Estimating hospital deaths due to medical errors. *JAMA*, 2001, 286, 415-420.
- [10] HOROWITZ RE., WESLEY Y., NARITOKO MD. – The autopsy as a performance measure and teaching tool. *Human Pathology*, 2007, 38, 688-695.
- [11] KEFER MP., HARGARTEN SW., JENTZEN J. – Death after discharge from the Emergency Department, *Ann. Emerg. Med.*, 1994, 24, 1102-1107.
- [12] MC PHEE S. – The autopsy : an antidote to misdiagnosis, *Medicine*, 1996, 75, 41-43.
- [13] MARIS C., MARTIN B., CRETEUR J., REMMELINK M., PIANERELLI M., SALMON I., VINCENT JL., DEMETTER P. – Comparison of clinical and post mortem fundings in Intensive Care Unit patients. *Virchows Arch.* 2007, 450, 329-333.
- [14] MEYER G., KOLOPP M., LAEDLEIN-GREILSAMMER D. – Le technicien de macroscopie lors de l'autopsie médicale et médico-légale : approche et procédures. *Rev. Fr. Histotechnol.*, 2004, 17, 33-40.
- [15] NADROUS H.F. – The role of autopsy in the Invasive Care Unit. *Mayo Clin. Proc.*, 2003, 78, 947-950.
- [16] PATEL F., LEIGH J., McCARTNEY P., SLATER D., START RD., COTTON DNK. – General practitioners and necropsies general practitioners are welcome at necropsies. *BMJ*, 1994, 308, 1711-1712.
- [17] POLDBREGAR M., VOGA G., KRIVEC B., SKALE R., PAREZNICK R., GABRSCEK L. – Should we confirm our clinical diagnostic certainty by autopsies ? *Intensive Care Med.*, 2001, 27, 1750-1755.
- [18] RAPPORT DU CONSEIL DU SOU MÉDICAL SUR L'EXERCICE 2006-MACSF-SOU MÉDICAL : RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE.
- [19] SHOJANA K.G., BURTON E.C., McDONALD K.M., GOLDMAN L. – Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. *JAMA*, 2003, 21, 2849-2856.
- [20] SING H., PETERSON L.A., THOMAS E.J. – Understanding diagnostic errors in medicine : a lesson from aviation. *Qual. Saf. Health Care*, 2006, 15, 3, 159-64.
- [21] SKLAR D.P., CRANDALL C.S., LOELIGER E., EDMUNDS K., PAUL I., HELITZER D.L. – Unanticipated death after discharge home from the Emergency Department. *Ann. Emerg. Med.*, 2007, 49, 6, 735-45.
- [22] SONDEREGGER ISELI K., BURGER S., MUNTWYLER J., SALOMON F. – Diagnostic errors in three medical eras : a necropsy study, *Lancet*, 2000, 355, 2027-2031.
- [23] TAI D.Y., EL-BILBEISI H., TEWARI S., MASCHA E.J., WIEDEMANN H.P., ARROLIGA A.C. – A study of consecutive autopsies in a medical ICU. *Chest*, 2001, 119, 530-536.
- [24] TUDELA P., MODOL J.M., REGO M.J., BONET M., VILASECA B., TOR J. – Diagnostic mistake in the emergency room : relation to main symptom and clinical implications. *Med. Clin.*, 2005, 125, 10, 366-70.
- [25] WU A.W., FLOKMAN S., MCPHEE S.J., LO B. – Do house officers learn from their mistakes ? *JAMA*, 1991, 265, 2089-94.