

Cas chirurgical – décembre 2010

Anoxie cérébrale secondaire à un hématome cervical après curage ganglionnaire pour cancer thyroïdien

JUGEMENT

Expertise

Les deux experts, l'un ORL et l'autre cancérologue, affirmaient que l'accident dont avait été victime le patient (défaillance cardio-respiratoire avec souffrance cérébrale et décès 11 mois plus tard) était en relation unique, directe et certaine avec un hématome cervical post-opératoire. Ils ajoutaient que le patient, par ailleurs, ne présentait aucun facteur prédisposant à la survenue de cette complication. L'indication opératoire était licite et validée par une instance cancérologique. Il n'y avait aucune alternative à la chirurgie. Le délai de réalisation de l'intervention (2 mois) était habituel. Elle s'était déroulée conformément aux recommandations de la spécialité : « (...) *Les problèmes de saignement et donc d'hématome sont classiques dans ce type d'intervention. Ils font partie de l'information donnée aux patients. Cette complication (environ 1 % des cas) est connue pour être source d'étouffement de survenue assez rapide. En effet l'état respiratoire peut rester stabilisé durablement et se décompenser brutalement en raison d'une augmentation de volume de l'hématome qui comprime le larynx et la trachée. Un hématome peut survenir, même si l'hémostase a été faite de façon consciencieuse au cours de l'intervention (...)* ». Avant d'analyser le rôle de chacun des acteurs, les experts rappelaient le mode de fonctionnement de la clinique. En l'absence de médecin de garde sur place, les infirmiers (au nombre de 2) assuraient la surveillance des patients et alertaient les médecins en cas de problème. Il n'existait pas de protocole d'appel. Les médecins constituaient une liste de garde. Les infirmiers appelaient soit le chirurgien ayant réalisé l'acte, soit l'anesthésiste dont le nom était sur la liste, en fonction du problème constaté. Le déplacement des médecins n'était pas pour autant systématique et ne se faisait qu'au cas où la gravité de la situation l'exigeait. La gravité de l'état clinique était appréciée par téléphone après transmission d'un « bilan » de l'état clinique.

Pour les experts, l'anesthésiste de garde avait commis une erreur d'appréciation de la gravité de l'état du patient : « (...) *La survenue d'une gêne respiratoire en post-opératoire pouvait avoir plusieurs causes : hématome cervical mais aussi embolie pulmonaire, œdème, défaillance cardiaque... La prescription de corticoïdes par téléphone dans un contexte d'urgence pouvait être acceptée pour lever un œdème mais l'anesthésiste aurait dû, alors, se rendre auprès du patient pour se rendre compte de l'état respiratoire et de s'assurer de l'origine de la gêne respiratoire ... S'il s'était déplacé, l'anesthésiste aurait pu vérifier l'absence d'affection « médicale » responsable d'une gêne respiratoire et faire appel au chirurgien de façon plus précoce (...)* » Les experts estimaient que le comportement de l'anesthésiste de garde était constitutif d'une perte de chance de 60 %.

S'agissant du chirurgien ORL, les experts estimaient qu'appelé à 4h00, il aurait dû se déplacer car un saignement était signalé par l'infirmière, d'autant que celle-ci avait appelé préalablement l'anesthésiste pour une gêne respiratoire. Mais ils ajoutaient qu'il n'aurait pas eu le temps d'intervenir avant la survenue de la décompensation cardio-respiratoire. Toutefois, « (...) *en se déplaçant, il aurait pu concourir plus précocement à ce que des lésions cérébrales irréversibles ne se constituent pas (...)* » Ils estimaient le comportement du chirurgien ORL constitutif d'une perte de chance de 20 %.

En revanche, à leur avis, le comportement de l'infirmière n'était pas constitutif d'une perte de chance. La réalisation d'une injection de corticoïdes sur une prescription téléphonique n'était pas conforme aux recommandations mais elle a été faite dans un contexte d'urgence et n'avait pas eu d'effet néfaste sur l'état du patient.

Concernant la clinique, les experts remarquaient que nombre d'établissements sur le territoire fonctionnaient sur un schéma identique et étaient autorisés à pratiquer ce type de chirurgie. Ils observaient, toutefois, « (...) *qu'un protocole aurait pu être instauré, instituant que les médecins certes d'astreinte, se déplacent systématiquement au moindre appel, ou encadrant les motifs d'appel : par exemple, en cas de gêne respiratoire après une chirurgie cervicale, il convenait d'appeler systématiquement l'anesthésiste et l'ORL (...)* ». Ils s'interrogeaient, en l'absence de représentant de la clinique aux opérations d'expertise, pour savoir si un livret d'accueil comportant notamment des informations sur l'organisation des soins et les modalités de surveillance des opérés, avait été remis au patient. « (...) *Ils n'excluaient pas que le patient, informé de l'absence de présence médicale nocturne au sein de la clinique, ait demandé, tout en gardant sa confiance au chirurgien, à être opéré dans un autre établissement (...)* ». Ce défaut d'information était, à leur avis, constitutif d'une perte de chance de 20 %.

Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

La CRCI entérinait les conclusions des experts quant au cumul des fautes qui avaient entraîné le décès du patient mais s'en éloignait quant à la répartition des responsabilités respectives.

Concernant la clinique, la CRCI confirmait que sa responsabilité n'était pas engagée du fait de ses préposés. Elle reconnaissait qu'en l'absence de délégation de contraintes de service public par l'ARH, aucune obligation de sécurité ne pesait sur la clinique quant à la présence de médecins pendant la nuit « *en sorte que—pour regrettable que soit cette situation-- , elle apparaissait commandée par la situation sanitaire générale sur le territoire national et ne saurait entraîner, de ce seul chef, une responsabilité de la clinique* ». Cependant cette même situation impliquait un surcroît de mesures complémentaires de précaution tenant, d'une part en la mise en place d'un protocole d'appel et, d'autre part, en la remise aux patients hospitalisés d'un livret d'accueil les informant de l'absence de présence médicale la nuit et les jours fériés. Or, la Direction de la clinique n'établissait, ni n'alléguait l'existence de l'un ou de l'autre. Il s'en suivait d'une part, que le patient n'avait pas été en mesure d'accepter en connaissance de cause d'être opéré dans un établissement de santé au sein duquel n'était prévue aucune présence médicale de nuit. D'autre part l'absence d'obligation faite aux médecins d'astreinte de se déplacer au premier appel, concrétisé dans un protocole opposable, n'avait pas permis une prise en charge plus précoce du patient. Ces défauts dans l'organisation du service de la clinique n'étaient pas, toutefois, en lien exclusif avec le dommage mais la CRCI estimait qu'ils avaient fait perdre au patient 20 % de chances de survie.

Concernant l'ORL, la Commission rappelait que « *le chirurgien était le chef de l'équipe chirurgicale et que, s'il existe indéniablement une responsabilité propre de l'anesthésiste, celle-ci ne saurait être que subordonnée, dans la mesure où il appartient d'abord au chirurgien d'assurer spontanément et directement la surveillance postopératoire de son opéré, sans pouvoir se décharger sur l'anesthésiste spécialement dans le cas d'une chirurgie présentant un risque connu et redouté de complication* ». Pour la CRCI, il était manifeste que le chirurgien aurait dû se déplacer dès le premier appel en raison du saignement signalé par l'infirmière et que, s'il a fait une mauvaise appréciation de l'état du patient, c'est parce qu'il n'était pas sur place. Estimant toutefois, que ces fautes n'étaient pas

en lien exclusif avec le dommage, elle estimait que le comportement du chirurgien avait fait perdre au patient des chances de survie qu'elle fixait à 40 %.

Concernant l'anesthésiste, la CRCI soulignait que, « *comme le chirurgien, il s'était contenté d'une évaluation par téléphone de la gravité de l'état du patient et n'avait pas craint de prescrire des corticoïdes sans avoir examiné le patient et, par conséquent sans avoir vérifié son état respiratoire, ni s'être assuré personnellement de l'origine de la gêne respiratoire, et encore sans avoir davantage appelé le chirurgien, l'ensemble en violation des règles de l'art* ». Considérant, cependant, que ce comportement fautif n'était pas en lien exclusif avec le dommage, la CRCI estimait qu'il avait fait perdre au patient des chances de survie à égalité avec le chirurgien, soit 40 %.

Sur l'étendue des préjudices, la CRCI informait les assureurs que les ayants droit pouvaient prétendre à la réparation intégrale de leurs préjudices personnels et de ceux du défunt « *dont ils continuaient la personne* », à la hauteur des pourcentages respectivement fixés par la Commission pour la clinique, le chirurgien ORL et l'anesthésiste.