

Cas paramédical Janvier 2012

Retard de diagnostic et prise en charge inadaptée de l'infection d'un cathéter sous-clavier.

Décès d'une malade atteinte d'une hypertension artérielle pulmonaire primitive sévère.

JUGEMENT

Expertise (octobre 2006)

L'expert désigné, médecin interniste, réanimateur et infectiologue, assisté d'un cadre infirmier hygiéniste en qualité de sapiteur, indiquait que la patiente était atteinte d'une HTAP très sévère mettant en jeu son pronostic vital mais que son décès avait été précipité par une septicémie à staphylocoque doré secondaire à l'infection d'un cathéter sous-clavier nécessitée par le traitement de l'HTAP. Celui-ci avait été mis en place le 29 mars mais, dès le 6 avril, le site d'insertion de ce dispositif présentait un aspect rouge, chaud et induré évoquant une infection locale. Or, il est parfaitement établi qu'une telle constatation doit faire procéder à l'ablation du cathéter surtout lorsqu'elle survient précocement après la pose de celui-ci. A ce stade d'infection localisée, l'ablation précoce du cathéter associée à une antibiothérapie adaptée aurait vraisemblablement permis d'éviter la septicémie responsable du décès de la patiente. Ce manque de précaution n'était pas conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science au moment des faits. En outre, en laissant sortir la patiente sans même attirer l'attention des soignants, infirmières et médecin traitant, qui allaient la prendre en charge à son domicile par un courrier mentionnant la suspicion d'une infection débutante et la conduite à tenir en fonction de l'évolution, l'équipe médicale du CHU a commis une imprudence fautive. Par ailleurs, lorsque la patiente a été réhospitalisée dans un état septique grave avec présence de pus au point de ponction du cathéter, l'ablation de ce dispositif n'a été effectuée que 12 heures plus tard. Là encore, l'équipe médicale du CHU a commis une négligence fautive. Pour l'expert, la prise en charge à domicile avait essentiellement souffert du manque d'information personnalisée et spécifique fournie au médecin traitant et aux infirmières libérales concernant la suspicion d'une infection locale débutante du cathéter et la conduite à adopter vis-à-vis de ce problème.

Se fondant sur les données de la NYHA, l'expert estimait que les chances de survie de la patiente en l'absence de traitement étaient à 1 an de 27%, à 2 ans de 13% et à 3 ans de 6%. Dès lors que la patiente réunissait les facteurs de risque les plus péjoratifs, cette survie avait peu de chance d'être influencée par le bosentan, en tout cas administré seul. Quant aux analogues de la prostacycline, leur bénéfice sur la survie n'était pas établi de même que celui de l'association bosentan—époprosténol

(absence d'étude randomisée publiée). En conséquence, la perte de chance de survie générée par l'infection nosocomiale pouvait être assimilée aux chiffres de la NYHA concernant l'évolution sans traitement.

Décision de la CRCI (novembre 2006)

« (...) Les fautes commises par le personnel médical du service hospitalier telles que décrites par l'expert engagent la responsabilité du CHU. Cependant la pathologie dont souffrait la patiente mettait en jeu son pronostic vital de façon inéluctable. Au regard de cet état de santé gravement altéré et de son évolution prévisible, le comportement fautif du personnel médical du CHU n'a entraîné à son détriment qu'une perte de chance de survie que la commission évalue à 15 % . En revanche, aucune faute n'est établie à l'encontre des deux infirmières libérales qui ont été totalement privées de toute information personnalisée et spécifique sur la suspicion d'une infection locale du cathéter et sur la conduite à adopter devant ce type de pathologie très particulière. En conséquence, leur responsabilité ne saurait être engagée (...) »

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Non-respect des textes législatif et déontologique concernant l'information donnée au malade et l'obtention de son consentement éclairé</i>	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	?	
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Absence de compte-rendu concernant les actes pratiqués (pose de cathéter) Protocole pour pose de cathéter(?) Absence d'envoi de compte-rendu d'hospitalisation et/ou de lettre de liaison pour assurer la poursuite des soins au domicile Absence d'encadrement du personnel médical (si interne) ayant autorise la sortie de la patiente malgré l'aspect inflammatoire du site d'insertion du cathéter Et n'ayant pas immédiatement retiré le cathéter lors de la constatation de la présence de pus</i>	Majeure
• Individus (compétences individuelles)	<i>Non-respect du devoir d'information du patient et de la nécessité d'obtention de son consentement éclairé, a fortiori en cas de traitement à rapport Bénéfices/ Risques défavorable</i>	Majeure
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Mauvaise gestion d'une malade arrivée à un stade extrême d'une maladie grave où il aurait été raisonnable de prendre le temps d'expliquer à la famille, qu'elle ne relevait plus que d'un traitement « compassionnel » et d'agir en conséquence</i>	
Patients (comportements, gravité)	<i>Stade extrême d'une HTAP</i>	