

Cas clinique

Anoxie cérébrale par non-respect d'une procédure de surveillance postopératoire

Expertise (mars 2002)

L'expert (professeur des universités, chef de service d'anesthésie réanimation) constatait que le patient avait commencé à se plaindre dans la nuit qui avait suivi son intervention de sensation d'étouffement et de gêne respiratoire. Ces signes étaient en rapport avec le développement d'un œdème du pharynx, région contiguë à la zone opératoire. Pour l'expert, cette complication loco-régionale était tout à fait classique dans les suites de ce type de chirurgie. Elle était avec l'hématome de la même région, l'une des complications susceptibles de s'aggraver dans les suites postopératoires immédiates. Les signes cliniques étaient apparus vers

3-4 h pour s'achever à 7h 15 par un arrêt cardio-respiratoire. Durant cette période d'une durée de 3 h 30 au minimum, les médecins responsables de l'intervention et de l'anesthésie n'avaient pas été appelés contrairement aux procédures théoriquement en vigueur dans la clinique.

L'infirmière de nuit n'avait pas fait appel à eux mais au seul médecin présent dans l'établissement c'est à dire à l'ARE, médecin de garde dans l'unité de Réanimation. L'expert rappelait que cette unité comportait 8 lits, tous occupés la nuit de l'accident, et comportait réglementairement une garde spécifique, l'agrément pour ce type d'unité ne pouvant être donné que dans ce cas. A son avis, il semblait logique, compte-tenu de cette obligation, de ne faire appel à ce médecin de garde qu'en cas de complication mettant en jeu le pronostic vital.

Néanmoins, à l'époque de l'accident, l'habitude des infirmières était de faire appel au médecin de garde en Réanimation en cas de problèmes postopératoires. L'infirmière de nuit indiquait que la consigne orale des chirurgiens de la clinique était de faire appel au médecin de garde en Réanimation pour tout problème anesthésique postopératoire. Elle ajoutait qu'en cas d'appel du chirurgien à son domicile, l'infirmière était souvent rabrouée. Pour l'expert, apparemment ni l'infirmière de nuit, ni celle de jour n'étaient au courant de la note rédigée, en septembre 1999, par la directrice de la clinique.

En conclusion, l'expert retenait une négligence de la part de la clinique pour ne pas s'être assurée que son personnel connaissait et appliquait les consignes qui avaient fait l'objet de la note du 15 septembre 1999. Le chirurgien avait également commis une négligence en ne s'assurant pas que l'infirmière connaissait les consignes d'appel en cas de suite opératoire anormale. Enfin, l'ARE de garde en Réanimation, devant la répétition des appels téléphoniques pour le même patient aurait dû se déplacer pour l'examiner et s'assurer de l'absence de toute détresse vitale avant de demander de faire appel aux médecins qui avaient assuré l'intervention.

IPP estimée à 99 % avec présence d'une tierce personne qualifiée obligatoire. Pretium doloris évalué à 5 / 7 et préjudice esthétique à

4 / 7. Préjudice d'agrément exceptionnel (7 / 7), aucun acte de la vie n'étant possible, même les plus courants.

Jugement (18 décembre 2007)

En accord avec les conclusions du rapport d'expertise, les magistrats estimaient qu'en ne s'assurant pas du respect par son personnel infirmier des consignes de sécurité postopératoire, la clinique avait engagé sa responsabilité « *dès lors qu'elle n'établit nullement avoir été irrésistiblement empêchée d'obtenir le respect des consignes. En effet, il lui appartenait d'exiger, par tous les moyens adaptés, le strict respect de ses consignes et en particulier, la cessation de la pratique irrégulière, dont elle ne pouvait ignorer l'existence en raison de son devoir de contrôle et du caractère d'usage de cette pratique.* » Par ailleurs, le tribunal estimait que l'ARE de garde en Réanimation avait manqué à son obligation d'assistance à l'égard d'un

malade en danger : « *Il ne pouvait ignorer la gravité de la complication même si les stricts critères de détresse vitale n'ont été réunis qu'après le troisième appel. En effet la complication était médicalement classique et son caractère de gravité grandissante était révélé par la succession des appels du personnel infirmier. D'autre part, ce médecin ne pouvait ignorer que le personnel infirmier n'avait pas avisé les médecins traitants puisque ce personnel persistait de faire appel à lui, conformément à la pratique alors répandue. Il lui revenait donc soit de s'assurer lui-même de l'état du malade, soit de veiller à ce que soient effectivement avisés les médecins traitants régulièrement en charge de ce malade.* » En revanche, les magistrats estimaient que le chirurgien et l'anesthésiste intervenus lors de l'intervention et qui n'avaient pas été prévenus n'engageaient pas leur responsabilité dans cette complication postopératoire : « *Ils n'avaient pas à prévoir l'éventualité de la survenance d'un œdème pharyngé, bien que cette complication tardive soit classique, dès lors que sa survenance demeurerait tout de même seulement éventuelle, que le protocole en vigueur faisait obligation au personnel infirmier de les aviser en cas de survenance de toute complication et qu'il est constant qu'ils se tenaient à disposition en cas d'appel.* »

Le tribunal condamnait, in solidum, la clinique et l'ARE de garde en Réanimation à réparer le dommage subi par les demandeurs.

Indemnisation de 1 060 145 € dont 504 745 € pour les organismes sociaux