Cas clinique chirurgie – Avril 2015

Abandon de soins en postopératoire... retard au diagnostic d'occlusion

EXPERTISE

Expertise (novembre 2012)

L'expert, chirurgien, médecin légiste, estimait qu' : « (...) Après l'admission de la patiente à la clinique, des contrôles sanguins et des contrôles radiologiques plus fréquents, auraient pu permettre un geste chirurgical plus précoce, lequel, toutefois, n'aurait, vraisemblablement, pas été différent de celui réalisé le 13 octobre, ni modifié en quoi que ce soit l'évolution ultérieure (...) ». A son avis, « (...) La voie d'abord coelioscopique était licite, de même que l'absence de résection intestinale, si l'aspect des deux anses grêles pouvait laisser espérer une récupération, une fois, la constriction levée (...) ». En revanche, l'expert regrettait « (...) L'absence d'examen ASP de contrôle et de bilan sanguin en postopératoire, ce qui était anormal compte-tenu des constatations faites en peropératoire, ... Ils auraient confirmé une évolution "non-favorable" et permis d'agir au plus vite et surtout de transférer après le geste chirurgical complémentaire, la patiente dans un service de réanimation pour une prise en charge adaptée à son état (...) ». Si l'expert ne contestait pas les gestes pratiqués lors de la réintervention, il soulignait que : « (...) La prise en charge après la réintervention avait été, pour le moins insuffisante et totalement anormale tant dans l'attitude adoptée par les praticiens qui ont, soit sous-estimé l'état de la patiente en ne la transférant pas en réanimation, soit décidé de "baisser les bras", estimant possiblement son état dépassé... Par ailleurs, il était totalement anormal que le personnel infirmier ayant en charge la patiente au cours de la soirée puis de la nuit du 15 au 16 octobre n'ait pas fait appel soit au chirurgien, soit à l'anesthésiste (...) » L'expert concluait que : « (...) Tous ces éléments font que l'évolution s'était faite vers le décès de la patiente, vraisemblablement par choc septique, alors que l'évolution prévisible d'une occlusion sur bride est habituellement favorable, dès lors que la prise en charge est correcte et adaptée à la situation ou à l'évolution (...) ».

Il évaluait la perte de chance subie par la patiente à 70% et en attribuait la responsabilité pour 60 % au chirurgien, 35% à l'anesthésiste et 5% à la clinique en raison du comportement du personnel infirmier dans les suites de la réintervention.

Avis de la CRCI (février 2013)

La CRCI retenait l'ensemble des conclusions de l'expert, en soulignant notamment que : « (...) La patiente n'avait plus été, véritablement, prise en charge à compter de la reprise chirurgicale effectuée dans l'après-midi du 15 octobre alors qu'elle s'enfonçait". Or aucune directive n'avait été donnée par la patiente et n'aurait, d'ailleurs, pu l'être puisque la patiente ne se trouvait pas en fin de vie. Rien ne justifiait donc que de telles instructions puissent être données. La passivité de l'anesthésiste et l'absence de soins face à l'aggravation de l'état de la patiente avaient indiscutablement contribué à la perte de chance de survie... Mais la

responsabilité principale dans l'évolution fatale incombait au chirurgien. En effet, dans les premières heures de l'aggravation suivant la première intervention, il aurait pu, s'il avait apporté des soins consciencieux et attentifs, réintervenir ou décider du transfert vers le centre hospitalier proche...Enfin, l'abstention de soins fautive apparaissait, également, particulièrement inacceptable de la part du personnel de la clinique qui n'avait laissé, en définitive, aucune chance à la patiente d'échapper à une issue fatale (...) »

La CRCI confirmait une perte de chance de 70% mais elle en attribuait 60 % de la responsabilité au chirurgien, 30% à l'anesthésiste et 10% à la clinique.

COMMENTAIRE

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Article 5

« (...) Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical (...) »

Christian SICOT