

L'ACTU' 4 JURIDIQUE

AVC & COVID-19

Les faits

Homme de 74 ans qui consulte un chirurgien orthopédiste en raison de douleurs invalidantes au genou gauche. Devant le constat de difficultés majeures à la marche, le praticien pose une indication de prothèse. Le patient présente un contexte multipolyarthrite pathologiques (artériopathie oblitérante, rhumatoïde. insuffisances coronarienne stentée, cardiaque et rénale ainsi qu'un diabète non insulinodépendant) et a bénéficié quelques jours auparavant d'un échodoppler artériel des membres inférieurs réalisé par un angiologue ainsi que d'un bilan par un cardiologue. En l'absence de contreindication l'homme bénéficie de cette intervention deux mois plus tard. En post opératoire il est noté une absence de déficit sensitivo moteur et de signe d'ischémie. Un échodoppler de contrôle est réalisé à la demande du chirurgien ne révélant là encore aucune anomalie. L'homme présente cependant quelques heures plus tard un état d'agitation, persistant les jours suivants, évoquant un syndrome de glissement ainsi qu'une anémie nécessitant une transfusion. Le patient est transféré trois jours plus tard en Centre de rééducation. Toutefois, à son arrivée dans l'Établissement il est constaté une fibrillation auriculaire à l'ECG, une hémiplégie du bras gauche ainsi qu'une dysarthrie et une désorientation temporo-spatiale motivant son transfert à l'Hôpital le plus proche devant une suspicion d'AVC. Un angioscanner des vaisseaux cervicaux céphaliques est réalisé ne démontrant aucun signe d'AVC ischémique ou hémorragique récent. Un traitement antibiotique par Rocephine est par ailleurs mis en place, en raison d'un ECBU positif, puis relayé par Oflocet devant l'existence d'un entérocoque faecalis et escherichia coli. En l'absence d'amélioration de l'état de santé du patient, une IRM cérébrale sans injection est effectuée confirmant le diagnostic d'un AVC ischémique subaiguë pariétale droit. L'homme est mis sous anticoagulant et hospitalisé en neurologie. Il guitte ce service trois semaines plus tard pour un transfert en Centre de rééducation. Le patient fait cependant un nouveau passage aux urgences pour une évolution péjorative des suites de son AVC et l'apparition de nouveaux troubles cognitifs sévères. Au cours de son hospitalisation il présente une désaturation brutale et importante, sans point d'appel clinique au niveau pulmonaire. Un test PCR est effectué révélant une infection à la Covid-19. Devant l'état de santé dégradé du patient, et compte tenu de ses antécédents, il est décidé de ne pas réaliser d'oxygénothérapie à haut débit ou de transfert en réanimation. L'homme décède malheureusement six jours après.

La procédure

La femme de ce patient a saisi la CCI d'une demande d'indemnisation dirigée à l'encontre de l'angiologue, du cardiologue, du chirurgien orthopédiste et de la Clinique intervenus dans la prise en charge initiale de son époux ainsi que des deux Hôpitaux dans lesquels l'homme a été hospitalisé dans le cadre de son AVC.

Dans leur rapport, les Experts spécialisés en chirurgie orthopédique et en infectiologie, retiennent que l'indication opératoire de PTG était justifiée et que l'acte s'est déroulé conformément aux règles de l'art. La survenue d'un AVC dans les suites opératoires est qualifiée d'accident médical non fautif.



Les Experts relèvent toutefois un retard dans le diagnostic de l'AVC, imputable au chirurgien orthopédiste, à l'origine d'une perte de chance de 50 % pour le patient de récupérer au mieux et d'éviter des séquelles persistantes. Par ailleurs, l'infection par Covid-19 est survenue au cours de l'hospitalisation du patient à l'Hôpital et est dès lors considérée comme nosocomiale, sans faute de l'Établissement. Le décès du patient est imputé pour 34 % à son état antérieur, à 33% à l'AVC post opératoire et 33 % à l'infection par Covid-19.

La CCI s'estimant insuffisamment informée, sur l'état antérieur du patient et sur son incidence dans la survenue des évènements, a sollicité un complément d'expertise et a désigné pour ce faire des Experts supplémentaires spécialisés en anesthésie-réanimation et en chirurgie vasculaire.

Dans le cadre de cette nouvelle mission et de la seconde réunion d'expertise, des manquements ont été relevés dans la prise en charge anesthésique et chirurgicale du patient. En effet, les Experts estiment que ce patient polypathologique présenté un risque d'AVC en relation avec son état antérieur de l'ordre de 6 %. Ils considèrent que l'absence de réalisation d'un ECG en pré et post opératoire est à l'origine d'une perte de chance de mettre en évidence une fibrillation auriculaire, et d'éviter la survenue de l'AVC et ses conséquences, estimée à 15 %. Cette découverte en amont de l'intervention initiale aurait entrainé une déprogrammation de l'acte, non urgent, en vue de la mise en place d'une anticoagulation curative, ce qui aurait permis une diminution du risque d'AVC. Ils retiennent à cet égard la responsabilité du chirurgien orthopédiste et du médecin anesthésiste réanimateur à part égale. Par ailleurs, l'absence de réalisation d'un scanner ou d'une IRM en post opératoire devant l'état de confusion et d'agitation du patient, et d'autant plus en présence d'une gêne motrice, est mis sur le compte d'un manque de prudence du chirurgien. Enfin, concernant la question de la mise en œuvre d'un traitement pour l'AVC en l'absence de retard de diagnostic, les Experts estiment qu'aucune thrombolyse, fibrinolyse ou thrombectomie n'était possible compte tenu de l'état antérieur du patient et que cette décision neuro-vasculaire, dont le résultat reste incertain, se révèle difficile à appliquer dans un délai de 6h. Ils concluent que le décès du patient est d'origine plurifactorielle : 27 % étant en lien avec l'état antérieur, 15 % imputable aux manquements des praticiens et 58 % à l'infection nosocomiale par Covid-19.

Décision

Dans son avis, la CCI entérine les dernières conclusions expertales mais considère quant à elle que le décès du patient est imputable pour 40 % à la survenue d'un AVC et pour 60 % à l'infection à la Covid-19.

L'indemnisation des préjudices du patient et de ses ayants droit est mise à la charge de l'ONIAM, au titre de la solidarité nationale, ainsi que des Assureurs des praticiens pour 20 % chacun, en raison des manquements relevés dans la prise en charge chirurgicale et anesthésique à l'origine d'une perte de chance d'éviter la complication et son aggravation.



Analyse médico-légale

Cette affaire illustre parfaitement la réalité des incertitudes des procédures devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation, qui gardent toujours une certaine autonomie.

Dans ce dossier, il est probable que les Assureurs refusent d'indemniser, à hauteur de 40 %, les préjudices en lien avec l'accident vasculaire cérébral dans la mesure où le patient avait eu un bilan réalisé par un cardiologue et un angiologue et que ni le chirurgien ni l'anesthésiste ne sont responsables de cet AVC, qui aurait pu se produire dans 6 % des cas si les troubles du rythme cardiaque avaient été confirmés en préopératoire. La Commission a fait fi ici de la réalité de l'état antérieur et du fait que, même diagnostiqué avec certitude un peu plus tôt, cela n'aurait pas empêché, malheureusement, la constitution de l'AVC et de ses séquelles, aucune thrombolyse n'étant possible.

Il est nécessaire de réaliser un bilan exhaustif chez les patients présentant des comorbidités, avant toute intervention chirurgicale, et d'autant plus pour les opérations chirurgicales à visée fonctionnelles.

Il apparaît aussi clairement que les infections à Covid-19 seront rattachées au séjour hospitalier pendant la période d'épidémie, et que l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) risque de voir augmenter la prise en charge financière de ces Covids nosocomiaux.