

L'ACTUALITE JURIDIQUE

Surinfection d'une prothèse suite à une cure d'éventration

Les faits

Homme de 68 ans opéré pour une cure d'éventration avec mise en place d'une plaque par un chirurgien viscéral. Cette intervention est réalisée par incision médiane, en raison d'une péritonite appendiculaire survenue quelques années auparavant, et après administration d'une antibioprophylaxie. En post opératoire, l'homme se plaint de ballonnements et de douleurs améliorées spontanément et résolutives en deux jours permettant ainsi sa sortie de l'Établissement. Il présentera dans les suites un écoulement abondant de la cicatrice motivant une consultation aux urgences ainsi qu'une hospitalisation. Un scanner abdomino pelvien sera prescrit en urgence par le chirurgien digestif remplacant. Cette imagerie mettra en évidence une volumineuse collection sous-cutanée. Il sera réalisé une mise à plat en chambre avec ablation de quelques agrafes péri ombilicales et mise en place d'une lame de drainage, remplacée deux jours plus tard par un méchage. Les suites de ce geste seront simples avec sortie du patient et poursuites des soins à domicile. Ce dernier sera revu en consultation une semaine plus tard par son chirurgien initial qui notera une plaie non inflammatoire et préconisera une poursuite des soins locaux et mise en place de mèches avec une nouvelle consultation de contrôle à 10 jours. Cependant, le patient sera réhospitalisé entre temps devant la persistance d'un nouvel écoulement abondant de la cicatrice. Une reprise de l'incision sera réalisée, avec retrait d'une partie de la plaque, prélèvements bactériologiques et lavage au sérum physiologique. Une antibiothérapie par Vancomycine sera également administrée en per opératoire. Les pansements seront effectués sous anesthésie générale et un redon aspiratif sera mis en place en post opératoire. Le patient bénéficiera toutefois d'une troisième hospitalisation quelques jours plus tard pour la persistance d'une suppuration sur plaque. Une nouvelle intervention sera effectuée pour ablation totale de la plaque avec un lavage par sérum bétadiné, ainsi qu'une fermeture musculo-aponévrotique et une antibioprophylaxie per opératoire par Augmentin. Les résultats des prélèvements bactériologiques réalisés au cours de l'hospitalisation précédente reviendront positifs au staphylocoque doré meti-sensible. Le patient décidera dans les suites de poursuivre sa prise en charge auprès d'un autre chirurgien qui réalisera des soins locaux au niveau de la cicatrice médiane abdominale avec une évolution favorable.

La procédure

Le patient a saisi la CCI d'une demande d'indemnisation à l'encontre du chirurgien remplaçant l'ayant pris en charge pour évacuation de la collection.

Après examen des pièces médicales motivant cette demande, une déclaration d'incompétence est rendue par la Commission, les seuils de critères de gravité fondant sa compétence n'étant ici pas atteints au regard des éléments fournis par le patient (DFP > 24 %, arrêt de travail \geq 6 mois, DFT \geq 50 % pendant 6 mois, à titre exceptionnel : aptitude professionnelle définitive ou troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence).

Ce dernier décide alors de saisir le Tribunal Judiciaire en référé en vue de la mise en place d'une mesure d'expertise médicale. Il choisit d'assigner le chirurgien viscéral, le chirurgien digestif remplaçant et la Clinique l'ayant pris en charge ainsi que l'ONIAM.



Décision

Suite à la tenue de la réunion d'expertise, l'Expert chirurgien viscéral estime, dans son prérapport ainsi que son rapport d'expertise judiciaire définitif, que le patient a présenté une infection du site opératoire qualifiée d'associée aux soins. Aucune faute ni manquement n'est retenue dans la prise en charge de la complication infectieuse par le chirurgien remplaçant. Cependant l'Expert estime que le traitement, au plan chirurgical, de la surinfection de la prothèse n'a pas été optimal en l'absence de réalisation de prélèvements microbiologiques et de traitement antibiotique après l'ablation partielle puis totale de la prothèse. Ce défaut de prise en charge est à l'origine, pour l'Expert, d'une augmentation du délai de cicatrisation de l'ordre de 5 semaines. Ainsi, la responsabilité de l'Établissement sera retenue pour l'infection nosocomiale ainsi que celle du chirurgien remplaçant pour le défaut de prise en charge de l'infection.

Analyse médico-légale

Ce dossier illustre bien la difficulté de déterminer les manquements ou non lors de complications découlant de la prise en charge d'une infection nosocomiale.

Depuis la création de la CCI, toute complication qui remplit certains critères de gravité donne droit à indemnisation au titre de la solidarité nationale par l'ONIAM.

En cas d'infection nosocomiale sans faute remplissant les critères de gravité l'ONIAM indemnise le patient. A défaut, il revient à l'Assureur de l'Établissement d'indemniser les préjudices en lien avec cette infection.