

Juridique

Ne pas décider seul

« Do not decide alone »

C. Sicot *, D. Baranger

Le sou médical, groupe MACSF, 10, cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense cedex, France

Le 15 mars 1993, aux alentours de 13 heures, Monsieur X., 60 ans, était victime d'un accident de ski (choc direct contre une barre rocheuse). Il était transféré par hélicoptère à l'hôpital de Z., le plus proche de la station, où il arrivait à 14 heures 30. Immédiatement dirigé vers le service d'urgence, il était hospitalisé à 17 heures 35, dans le service de soins intensifs. Le blessé, de nationalité allemande (et ne parlant pas le français), était un patient coronarien traité par antiagrégants plaquetaires et qui avait déjà subi une angioplastie coronarienne. Le bilan initial, à l'admission aux urgences, faisait état d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance transitoire et plaie frontale, d'un hémopneumothorax droit avec volet thoracique de la 4^e à la 11^e côte entraînant une respiration paradoxale et d'une fracture fermée de l'humérus droit. Le patient conscient à l'arrivée aux urgences se plaignait d'une gêne respiratoire et de douleurs en rapport avec les lésions thoraciques. La pression artérielle était à 100–80 mmHg avec un pouls à 90 b/minute. Les examens biologiques pratiqués, notamment la numération formule sanguine et la créatininémie, étaient dans les limites de la normale. Toutefois le malade n'urinait pas spontanément et le sondage ramenait des urines hématuriques. Dans ces conditions, une échographie abdominale était pratiquée et permettait de conclure à un hématome péri capsulaire du rein droit avec des signes de contusion du pôle inférieur. L'hématome rétropéritonéal était modéré. En revanche, l'écho structure du foie, du pancréas et de la rate était normale et il n'y avait pas d'épanchement intrapéritonéal, pelvien ou sous-hépatique. Dès l'arrivée de Monsieur X., le médecin urgentiste avait appelé le Dr A., anesthésiste réanimateur de garde qui avait pris en charge le blessé, prescrivant seul le bilan lésionnel et réalisant les premiers gestes thérapeutiques. Ceux-ci associaient un drainage thoracique droit, un remplissage vasculaire par perfusion de solutés macromoléculaires après pose d'un cathéter veineux sous-clavier ainsi que la mise en place d'un cathéter d'anesthésie péridurale

thoracique dans un but antalgique. L'évolution dans le service de soins intensifs était marquée d'une part, par l'apparition dans la soirée et surtout durant la nuit, de douleurs abdominales difficilement calmées par des antalgiques et par une difficulté croissante à maintenir une hémodynamique stable malgré une utilisation croissante de solutés de remplissage (dont neuf culots érythrocytaires en huit heures). Au cours de cette période, le blessé était revu à plusieurs reprises par le Dr A. notamment à minuit, à 1 heure 30, à 3 heures et à 5 heures 30. Lors de l'avant-dernière visite, une seconde échographie était demandée mais n'apportait pas d'information nouvelle par rapport à la précédente et, en particulier, ne permettait pas d'identifier de syndrome hémorragique. Une tentative d'UIV se soldait par un échec en l'absence de sécrétion rénale mais le blessé était considéré comme ayant, au moment de l'examen, un bas débit circulatoire. Lorsque la femme de Monsieur X. fut autorisée à le voir le lendemain matin, à 8 heures 15, elle constatait que son abdomen était « enflé et assez dur ». Elle en informait un médecin qui semble-t-il ne tenait pas compte de cette observation, ni de sa demande réitérée de voir son mari transféré au CHU voisin. Devant ce refus, Madame X. prévenait deux amis médecins qui accompagnaient le couple en vacances. Ceux-ci se présentaient à 10 heures 30 au service de soins intensifs et exigeaient le transport de Monsieur X. vers le CHU où il arrivait vers 13 heures 30. Le bilan lésionnel qui était alors pratiqué confirmait les lésions décrites précédemment mais l'état respiratoire du blessé nécessitait qu'il soit intubé pour être mis sous ventilation mécanique. Surtout, le tableau abdominal s'était considérablement aggravé avec un ventre algique, tendu et mat. L'échographie se révélait inchangée par rapport aux échographies antérieures mais l'examen tomodensitométrique abdominal permettait d'identifier un pneumopéritoine. Une laparotomie était alors réalisée, 6 heures 30 après l'admission au CHU. Elle mettait en évidence une perforation de l'intestin grêle nécessitant une résection segmentaire avec anastomose primitive en zone saine. Pendant toute la période opératoire, l'état hémodynamique du patient était très instable associé à une oligoanurie et à une acidose majeure. Le 17 mars, en début de matinée survenait

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christian.sicot@lesou.macsfr (C. Sicot).

un arrêt cardiaque traité avec succès par les manœuvres de réanimation habituelles mais l'état septique persistait. Une nouvelle intervention était décidée à 21 heures, soit 24 heures après la précédente. Elle mettait en évidence une nécrose massive de l'intestin grêle imposant une résection intestinale étendue. L'opéré décédait dans la période postopératoire immédiate dans un tableau de défaillance polyviscérale.

Peu de temps après, une plainte pénale pour homicide involontaire (article 221-6 du code pénal) fut déposée par l'épouse de Monsieur X.

L'article 221-6 du code pénal énonce que : « Le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou les règlements, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende. En cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou les règlements, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 francs d'amende. Par ailleurs, d'après la jurisprudence, le lien de causalité entre la faute et le préjudice (décès) doit être certain. En fonction de ces données, la responsabilité des médecins ayant pris en charge Monsieur X. — et notamment du Dr A. — est-elle pénalement engagée ?

1. Expertises et décision judiciaire

Le magistrat instructeur chargé du dossier désigna deux experts, l'un professeur des universités, chef de service d'anesthésie-réanimation et le second, chirurgien vasculaire, qui conclurent, en janvier 1995, qu'il n'y avait pas eu, selon eux, d'erreur de diagnostic ou de traitement ni même de retard dans la prise en charge de monsieur X. que ce soit à l'hôpital de Z., ou au CHU. Ils affirmèrent notamment, en réponse aux deux questions qui leur furent secondairement posées, qu'il n'y avait aucune indication médicale à un transfert immédiat par hélicoptère ou par tout autre moyen vers le CHU et que les conditions de réalisation des radiographies réalisées à l'hôpital avaient été normales dans le cadre de ce polytraumatisme qui ayant engendré des lésions thoraciques sévères ne permettait pas toute garantie de clichés susceptibles d'identifier des lésions abdominales intrapéritonéales. Contestant ce rapport d'expertise, la plaignante demanda et obtint une contre-expertise confiée à un professeur des universités, chirurgien des hôpitaux. Son avis fut tout autre puisqu'il considéra que la décision d'évacuation vers le CHU avait été tardive, dans la mesure où l'état du patient s'était fortement dégradé dans la deuxième partie de la nuit et ce, malgré une réanimation adaptée à son cas mais échouant à maintenir la stabilité nécessaire. Une telle instabilité aurait dû faire poser l'indication d'une laparotomie à pratiquer sur place. Dans la mesure où ceci n'avait pas été fait, le transport aurait dû être plus précoce. Il s'était écoulé presque 12 heures entre la dégradation du patient et son arrivée au CHU. L'expert concluait que le séjour en soins intensifs à l'hôpital de

Z., n'avait pas permis le contrôle des lésions dont était atteint le blessé et qu'il apparaissait manifeste que l'appel à un chirurgien aurait dû être fait dès l'admission comme cela doit se faire pour tout polytraumatisme mettant en cause, en particulier, l'abdomen. À la demande du Dr A. une troisième expertise fut décidée par le magistrat instructeur et confiée à deux chirurgiens dont un professeur des universités avec, comme sapiteur, un anesthésiste-réanimateur lui aussi professeur des universités. Leurs conclusions furent que l'absence de consultation médicochirurgicale constituait une négligence dans la prise en charge de ce blessé, d'autant qu'un chirurgien pouvait être joint le jour de l'accident. Pour les experts, les lésions intestinales traitées avec retard au CHU auraient pu l'être à l'hôpital de Z. par le chirurgien d'astreinte s'il avait été appelé pour voir le blessé dont l'état se dégradait. Pour sa défense, le docteur A. faisait remarquer que le chirurgien d'astreinte était orthopédiste. Mais les experts répliquaient que ces lésions abdominales ne nécessitaient pas, du moins au début, de compétence particulière qui ne soit celle de tout chirurgien de garde normalement formé. Ils ajoutèrent que l'absence de scanographe à l'hôpital de Z. avait, en revanche, été préjudiciable au diagnostic précoce d'une lésion intra-abdominale mais que les chirurgiens avaient coutume, avant la pratique courante de cet examen, de réaliser une laparotomie exploratrice lorsque l'état d'un polytraumatisé s'aggravait sans raison évidente et ce, d'autant que des signes abdominaux apparaissaient et/ou s'aggravaient.

Le 20 novembre 2000, le tribunal correctionnel reconnut le Dr A. coupable d'avoir involontairement, par négligence, causé la mort de monsieur X., lui étant reproché de ne pas avoir décidé plus précocement du transfert de ce blessé vers le CHU alors qu'il ne disposait pas des moyens techniques nécessaires pour sa réanimation et surtout de ne pas avoir sollicité l'avis d'un chirurgien lorsque son état s'était brutalement aggravé dans la nuit. En revanche, le tribunal ne retint pas, comme le soutenait l'épouse de la victime, l'existence d'une faute détachable de la fonction du docteur A., dans la prise en charge, la conduite ou le suivi thérapeutique. Ce jugement fut confirmé par un arrêt de la cour d'appel, chambre correctionnelle en janvier 2002 puis un arrêt de la cour de cassation, chambre criminelle en septembre 2002.

2. Commentaires

Sur le plan juridique, ce dossier n'appelle que peu de remarques. Dès lors que le tribunal disposait de deux expertises concordantes, rédigées par des experts chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs de compétence nationale (experts près la cour de cassation), il ne pouvait que retenir une faute de négligence à l'encontre du docteur A. pour ne pas avoir transféré plus rapidement Monsieur X. vers le CHU et surtout ne pas s'être concerté avec son collègue chirurgien d'astreinte. Les experts ayant, en outre, estimé que cette faute avait été directement responsable du décès de Monsieur X.,

la condamnation du Dr A. était inévitable, même si la certitude des experts dans ce domaine pouvait être contestée. En effet, compte tenu des antécédents médicaux du blessé, il était difficile d'affirmer que même opéré précocement, Monsieur X. aurait survécu. Autrement dit, la faute du Dr A. semblait plus à l'origine d'une perte (vraisemblablement importante) de chances de survie pour Monsieur X. que la cause certaine de son décès. Si cette hypothèse avait été retenue, quelle que soit la gravité de la faute commise par le Dr A., l'absence d'une relation de causalité certaine avec le décès de Monsieur X. excluait toute condamnation pénale.

Sur le plan médical, une double lecture peut être faite de cette observation. L'une — celle des premiers experts —, est pleine de mansuétude envers ce réanimateur qui s'est occupé en permanence de ce blessé dès son arrivée aux urgences, ne s'absentant qu'une heure au cours de la nuit pour transférer vers le CHU un blessé pulmonaire par balle, qui avait effectué, lui-même, les gestes techniques indispensables à sa survie et, en outre, avait veillé à soulager sa douleur. L'autre — celle des 2^e et 3^e expertises —, est beaucoup plus sévère, stigmatisant ce praticien sûr de lui, ne prenant pas en compte l'insuffisance des moyens humains et matériels mis à sa disposition pour prendre en charge un tel polytraumatisé (absence d'un chirurgien viscéral de garde, scanographe non installé dans l'établissement), estimant a priori qu'un chirurgien

parce qu'orthopédiste ne pouvait lui apporter d'aide dans un domaine qu'il jugeait hors de sa compétence et surtout ne remettant pas en cause ses hypothèses diagnostiques et ses choix thérapeutiques malgré l'aggravation de plus en plus évidente de l'état du blessé.

À l'évidence, la décision des premiers experts faisait plus appel à la compassion pour un médecin isolé dans un environnement défavorable qu'à la rigueur et surtout à la prévention de tels accidents. Décider seul, c'est évidemment s'exposer au risque de commettre une erreur. Maîtriser ce risque, consiste à mettre en place, comme le recommande l'Anaes [1], des « défenses en profondeur » qui permettent de limiter la production ou la propagation des défaillances humaines. Soumettre ses conclusions diagnostiques et ses projets thérapeutiques à un autre membre de l'équipe médicale, est l'un des moyens les plus simples et les plus efficaces pour pallier ce risque, surtout en réanimation où non seulement le travail en équipe est la règle mais où la prise en charge des malades est le plus souvent multidisciplinaire.

Références

- [1] Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé. Anaes janvier 2003.