

Investigation médicale et juridique de cas de responsabilité civile du médecin*

4^e partie: exemples tirés de la pratique – règlement des cas de dommage à l'aide d'une expertise

W. E. Ott

Deutsch erschienen
in Nr. 13/2004

Violation confirmée du devoir médical de diligence

Cas n° 34

Grave incident anesthésique – ventilation insuffisante pendant huit minutes, suivie d'un changement de tube à ce moment-là seulement. Grave manque d'oxygène, dommage cérébral dû à l'hypoxie. Si les causes ne sont pas éclaircies dans leur totalité, il n'y a, en tous cas, aucun défaut technique pouvant être relevé. Maîtrise insuffisante d'une situation de crise, lacunes organisationnelles. Couverture entière des frais. Octroi d'une indemnité au patient et à ses proches.

Cas n° 35

Faute opératoire – changement de prothèse de hanche après descellement de celle-ci. Introduction par cimentage d'une prothèse destinée à être implantée sans ciment, élimination insuffisante du ciment osseux antérieur. Résection d'un important fragment du grand trochanter. La prothèse de révision présente une rétroversion de 15° hors de la marge de tolérance. Couverture entière des frais.

Cas n° 36

Complication opératoire et faute de suivi thérapeutique – perforation inobservée, iatrogène, du sigmoïde après excision laparoscopique de kyste ovarien. Péritonite. Longue convalescence avec dommage durable. Attitude d'attente et, en dépit d'un tableau clinique alarmant, absence de diagnostic différencié. Absence d'antibiothérapie, réopération retardée, couverture totale des frais. Octroi d'une indemnité.

Cas n° 37

Complication opératoire et faute de suivi thérapeutique – lésion vésicale ignorée après hystérectomie. Maintien de la patiente pendant des semaines sans examens sérieusement menés. Selon l'expertise: «manquements significatifs dans le suivi médical». Ecoulement durable et

inhabituel de liquides hors de la vessie et du vagin aptes à «suspecter une formation de fistules». Intervention chirurgicale dans un autre établissement. Accord à l'amiable.

Cas n° 38

Complication opératoire et faute de suivi thérapeutique – perforation iatrogène ignorée du côlon après résection laparoscopique du sigmoïde. Malgré un abdomen aigu et des paramètres d'inflammation élevés le troisième jour après l'opération, pas d'examens suffisants en vue d'établir un diagnostic différentiel. Selon l'expert, «la recherche d'une source infectieuse a été engagée trop tardivement». Déroulement avec complications. Relaparotomie. Accord à l'amiable.

Cas n° 39

Surveillance postopératoire insuffisante – opération d'une résection stomacale réussie. Sédatifs postopératoires, notamment Dormicum® i.v., sans surveillance adéquate, p. ex. dans une section de soins intensifs. Décès dû à un arrêt respiratoire initialement médicamenteux. Couverture du dommage causé à l'obligation d'entretien et versement d'une indemnité.

Cas n° 40

Surveillance postopératoire insuffisante – plusieurs investigations diagnostiques, notamment biopsie ouverte de l'hypogastre dans la région rétropéritonéale. Mauvais déroulement postopératoire, surveillance insuffisante des fonctions vitales, introduction trop tardive des mesures d'urgence, telles que la révision de l'hématome et l'hémostase dans la région de la plaie du rétropéritoine. Décompensation cardio-vasculaire. Décès par hémorragie interne. Couverture totale du dommage.

Cas n° 41

Traitement postopératoire insuffisant – fasciectomie palmaire du rayon digital IV et III à droite, attelle plâtrée, acromioplastie et bursectomie droite. Pose d'un gilet orthopédique. Nécrose

* Extrait d'un exposé tenu lors de la 39^e Conférence des consultants juridiques du Touring Club Suisse, le 26 septembre 2003 à Berne. L'auteur remercie Mme Charlotte Rauch Grieder, Zurich, étudiante en droit, pour sa collaboration et la mise à disposition de la bibliographie et de la jurisprudence, ainsi que M. Andreas Girsberger, Dr en droit, avocat, Zurich, pour la lecture critique du manuscrit.

Correspondance:
Me Werner E. Ott, Dr en droit
Badenerstrasse 21
CH-8026 Zurich

postopératoire de la veine cubitale. Cause mécanique, pas de traitement adéquat du défaut encore superficiel par excision de la nécrose et plastie du lambeau de transposition. Un simple implant cutané aurait suffi. Le traumatisme supplémentaire a favorisé une rigidité et une algodystrophie accrues. Invalidité, couverture totale du dommage.

Cas n° 42

Faute de diagnostic – palpation mammaire positive chez une jeune femme. Examen tactile. Mammographie sans résultat, sonographie sans résultat, renoncement – contrairement aux règles de l'art – à une biopsie (ponction à l'aiguille fine, biopsie à l'emporte-pièce ou élimination par chirurgie). Diagnostic triple ou quadruple en tant que standard déterminant. Cancer mammaire au bout de sept mois. Métastases. Décès. Couverture des frais. Indemnité de veuvage.

Cas n° 43

Faute de diagnostic – examen en raison de douleurs à la nuque avec irradiation derrière l'œil gauche. Résultat de l'IRM: «résultats intracrâniens dans la norme». Par la suite, accident ischémique cérébrovasculaire provoqué par une obturation de l'artère carotide. Hémiplégie droite et perte de la parole, invalidité permanente; le radiologue n'a pas vu l'obturation perceptible de la carotide et n'a pas procédé à l'investigation du soupçon de syndrome de Horner découlant des données cliniques. Couverture totale du dommage.

Cas n° 44

Faute de diagnostic et de traitement – infection ignorée lors d'une endocardite mitrale avec méningite associée. Pas d'investigations en vue d'un diagnostic différentiel, suspicion de problèmes psychiques et reproche d'un manque de coopération du patient. Hospitalisation tardive. Décès. Couverture totale du dommage.

Cas n° 45

Faute de traitement – traitement dermatologique – purement cosmétique – erroné. Traitement inadéquat de modification cutanée par laser de la part d'un médecin insuffisamment qualifié dans ce domaine. Plusieurs douzaines de cicatrices, partiellement bombées, quelques nævi récidivants. Information insuffisante. Méthode thérapeutique inadéquate, dommages cosmétiques permanents. Couverture totale du dommage et indemnité.

Cas n° 46

Faute opératoire et de suivi – révision opératoire trop tardive d'une bursite olécrânienne chronique surinfectée avec soupçon de début d'élargisse-

ment phlegmoneux de l'infection. Pose d'un easy flow. Adaptation de la peau à l'aide de suture à points séparés. Grave infection (staphylocoque doré) et 14 opérations de suivi. Nécrose. Dommage permanent. Plusieurs manquements aux normes de la médecine (abstention d'une intervention rapide, en urgence, malgré l'indication claire. Couverture tardive du défaut sur l'olécrâne gauche malgré la chronicité de la plaie. Fermeture de la plaie au lieu d'un traitement de plaie ouverte. Pas de poursuite de l'antibiothérapie). Couverture totale du dommage et versement d'une indemnité.

Cas n° 47

Faute opératoire – opération d'une fracture trisegmentée de l'humérus proximal droit due à une chute. Consolidé en malposition, nécrose partielle de la tête humérale, insuffisance du supraspinatus en absence partielle du tuberculum majus. Dommage posttraumatique complexe. Opération non conforme aux règles de l'art, à plusieurs égards. Une reconstruction anatomiquement correcte aurait été possible. L'expert déclare: «Je soupçonne que l'opérateur n'a pas saisi toute la complexité de la fracture». Couverture totale du dommage.

Cas n° 48

Faute opératoire – plastie de réduction des parties molles de la peau au niveau de la cuisse des deux côtés après réduction d'adiposité, excision trop radicale, atypique, ventrale au lieu de latérale ou, comme l'indication le voulait, médiane. Opérateur non expérimenté. L'expert relève n'avoir «jamais vu, dans sa longue carrière, de correction d'excès de peau à l'aide de telle incisions et que [...] cette innovation, comme le montre l'exemple présenté, [...] ne devrait pas s'imposer». Couverture totale du dommage.

Cas n° 49

Faute opératoire – cancer mammaire avec amputation du sein malade, planification lacunaire de l'incision (cicatrice médiane sur le sternum) et oubli d'une compresse dans le champ opératoire. Large compensation du dommage et versement d'une indemnité.

Cas n° 50

Faute opératoire – traitement au laser d'une myopie avec résultat non concluant. Répétition probablement prématurée de l'intervention, avant la guérison complète. Conflit d'experts entre partisans et opposants de cette méthode opératoire. Une kérato-conjonctivite épidémique s'en est suivie. Accord à l'amiable.

Cas n° 51

Faute opératoire – trois opérations cosmétiques des seins. Résultat insatisfaisant. Implantation d'une prothèse expérimentale constituant une faute de traitement. Placement de la prothèse en position sous-musculaire au lieu de sous-cutanée. Troubles et dommage cosmétique. Reprise de l'intervention par d'autres chirurgiens. Accord à l'amiable.

Cas n° 52

Réopération tardive – adnexectomie laparoscopique des deux côtés. Réhospitalisation en raison d'une lésion de l'intestin grêle. Péritonite. Trop longue attente. Relaparatomie retardée. Convalescence prolongée, douleurs dues à des adhésions. Accord à l'amiable.

Violation confirmée ou niée du devoir d'information**Cas n° 53**

Information insuffisante sur les risques d'une opération de chirurgie de la main – révision opératoire d'une rhizarthrose ayant tendance à la subluxation au moyen d'une arthroplastie avec résection et étrier d'interposition. L'anneau a pris du jeu, ce qui a entraîné un abaissement de l'os du métacarpe. D'après le rapport opératoire, l'intervention a été correctement menée (note de l'auteur: selon le mandat donné, celle-ci aurait dû être examinée de manière critique par l'expert). Premier contrôle radiologique au bout de 14 mois seulement, ce qui n'est pas eo ipso contraire au devoir de diligence, par contre documentation lacunaire sur les chances et les risques opératoires, sur les solutions thérapeutiques conservatrices de rechange (entièrement omises dans le cas qui nous occupe), ainsi que sur le traitement ultérieur. Accord à l'amiable.

Cas n° 54

Manque d'information sur les risques d'une anesthésie du plexus axillaire – analgésie probablement insuffisante, év. réinjection intraopératoire, documentation pré- et intraopératoire manquante. Accord à l'amiable.

Cas n° 55

Information insuffisante sur les risques d'une laparoscopie – perforation du sigmoïde en relation avec l'excision laparoscopique d'un kyste. Documentation et information insuffisantes. Traitement postopératoire d'une péritonite non effectué selon les règles de l'art. Prise en charge entière du dommage et octroi d'une indemnité.

Cas n° 56

Information manquante et absence d'accord en vue d'une hystérectomie – opération prévue: élimination de kystes ovariens, lesquels ne sont «pas trouvés» au cours de l'opération. Opération effectuée: hystérectomie; reprise de l'opération initiale ailleurs. L'opérateur prétend avoir informé la patiente de l'hystérectomie, mais ne peut le prouver à satisfaction de droit. Accord à l'amiable.

Cas n° 57

Pas de violation du devoir d'information – mise en place d'un by-pass gastrique et détection de calculs biliaires pendant l'opération: cholecystectomie (ablation de la vésicule biliaire) «en passant», ce dernier geste opératoire ayant été effectué sans que le patient le sache. Procédé correct, dans les normes habituelles, pas de violation du devoir d'information préopératoire, pas de désavantages pour le patient. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 58

Pas de violation du devoir d'information concernant les risques d'une opération de varices. Selon le dossier médical: information donnée sur les «troubles nerveux, œdème lymphatique et déroulement retardé», ce que la patiente conteste. A la suite de plusieurs interventions antérieures des varices, le devoir d'information envers une patiente expérimentée et informée n'est plus le même que lors d'une première intervention. Rejet de la responsabilité.

Faute et/ou causalité niées**Cas n° 59**

Pas de faute de diagnostic ni de traitement – examen de la prostate. Malgré des valeurs APS (détermination de l'antigène prostatique) en augmentation sur une assez longue durée, pas de diagnostic différencié. Une première biopsie sans résultat malin a pour conséquence des contrôles ultérieurs insuffisamment rapprochés. La deuxième biopsie révèle un cancer de la prostate. Diagnostic objectivement retardé, mais sans dommage, la tumeur pouvant être entièrement retirée du tissu sain. Pas de métastases. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 60

Pas de faute de traitement – changement de prothèse de hanche; il ne s'agit pas d'une réopération retardée, même si le descellement au niveau de la cavité cotyloïde était connu depuis deux

ans. Perte des clichés radiologiques de contrôle. Forte hémorragie lors de l'opération de révision. Déficit homonyme paracentral du champ visuel à droite lors d'un infarctus du pôle occipital gauche de pathogenèse peu claire. Complication due à la fatalité. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 61

Pas de faute de traitement – pneumothorax après pose d'un cathéter sous-clavier. Selon l'expertise, il n'existe jusqu'à aujourd'hui aucune méthode permettant d'éviter à coup sûr cette complication («ponction à l'aveugle», taux de complication de 2%). Cela dit, un contrôle radiologique thoracique immédiat n'est pas obligatoire. L'image complète d'un pneumothorax pouvant être diagnostiqué n'apparaît qu'après quelques heures et l'on ne doit en principe pas s'attendre à des conséquences graves. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 62

Pas de faute de traitement – grossesse à risque. Rupture de la symphyse d'origine imprécise (avant/pendant/après l'accouchement). Traitement conservateur de plusieurs mois. Intervention réparatrice tardive et sans succès. Instabilité du bassin. L'expertise conclut à un diagnostic et à un traitement dans les normes, à un traitement primaire conservateur indiqué et à une opération précoce contre-indiquée. Recours au chirurgien orthopédiste dans un laps de temps encore acceptable. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 63

Incident péri-opératoire – ablation d'un lipôme à proximité de la clavicule. Blessure iatrogène de la veine subclavière, rupture de la clavicule pour mieux contrôler une grosse hémorragie et recoudre la blessure veineuse. L'expertise conclut à l'adéquation de l'ostéotomie de la clavicule. Le recours à un chirurgien vasculaire n'aurait guère changé le cours des choses. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 64

Pas de faute opératoire ou de traitement – fracture de la cavité glénoïde après une chute. Reposition ouverte et ostéosynthèse à vis. Relâchement de la vis. Ecorchure et arthrose avancée. Déroulement malheureux dû au hasard. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 65

Pas de faute opératoire et pas de causalité – arthroplastie totale de la hanche gauche. Intervention et état préopératoire difficiles. Résultat insatisfai-

sant avec des troubles massifs. En conséquence, remplacement du cotyle et de la tête fémorale et ténotomie de l'iliopsoas. Tableau clinique sans changement. Certes, la première opération ne s'est pas déroulée de manière optimale (coupe quelque peu trop large, situation de l'implant en légère saillie, irritation du tendon du psoas, anté-torsion de la tige entre 10 et 15° «quelque peu à la limite supérieure», cimentage dépassant légèrement du côté dorsal), mais elle n'est pas à l'origine de l'état sans amélioration persistant après la révision opératoire. Citation du premier expert: «Je pense que la prothèse totale de la hanche n'a pas été placée de manière optimale mais que cette faute fait malheureusement partie de la pratique courante. Je suis d'avis que si l'on devait ester en justice chaque fois qu'une prothèse n'est pas placée en position optimale, une grande partie des chirurgiens orthopédistes de notre pays devraient être poursuivis...». Rejet de la responsabilité.

Cas n° 66

Pas de faute opératoire – intervention variqueuse des deux côtés, sur récurrence (près de 200 incisions). Lésions nerveuses et lymphœdème en tant que complications inhérentes à l'opération. Pas de manquement au devoir de diligence, pas de lien de causalité entre l'opération et l'érysipèle huit mois après l'opération. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 67

Pas de faute opératoire – opération de la cataracte avec rupture partielle de la capsule postérieure. Implantation cristallinienne dans le sulcus. Décollement postopératoire de la rétine avec perte visuelle. Complication due à la fatalité, pas de signe de fausse manipulation, pas de retard d'hospitalisation. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 68

Pas de faute de traitement – coronarographie, cathétérisme cardiaque et aortographie, suivis d'une parésie du nerf fémoral causée par un «hématome inguinal sous pression». Complication due à la fatalité, pas de carence de surveillance pendant le week-end et pas de révision retardée de l'hématome. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 69

Pas de faute de traitement – parésie proximale incertaine des membres inférieurs à la suite de l'anesthésie spinale ou d'un positionnement inadéquat du patient. L'expert nie toute complication anesthésique «de manière quasiment certaine» et avec grande probabilité l'existence

d'une lésion du nerf sciatique ou du nerf fibulaire due au positionnement. Au moment de l'expertise, il n'y avait plus d'atteinte importante et objectivable chez ce patient présentant une multimorbidité. Rejet de la responsabilité.

Cas n° 70

Pas de faute opératoire – opération stéréotactique. Implantation d'une électrode monopolaire dans le noyau ventrolatéral du thalamus en raison d'un tremor essentiel. Introduction d'un stimulateur neuronal sous la clavicule. Confusion et désorientation postopératoires. Incontinence. Pas de faute attestée, la cause semble résider dans des infarctus cérébraux multiples. Décès au bout de quelques mois. Rejet de la responsabilité, mais versement d'une indemnité aux proches en signe de bonne volonté.

Expertises «hybrides» (questions demeurées ouvertes, sans appréciation concluante)

Cas n° 71

Incident opératoire et/ou anesthésique? Paraplégie après une opération complexe de la colonne vertébrale – malformation vertébrale thoracique avec scoliose progressive et malformation costale, intervention chirurgicale avec appui ventral en C6-T11 (cage de titane) et spondylodèse dorsale en C5-L2 (Moss) d'une durée de 10 heures avec paraplégie postopératoire. L'expert ne saurait se prononcer définitivement sur la cause de la paraplégie, ni sur la question de la faute et de la causalité. Certains éléments peuvent avoir joué un rôle: éventuelle sous-alimentation prolongée des vaisseaux sanguins de la moelle épinière, perte de sang considérable, insuffisance par phases du monitoring intraopératoire en raison d'un défaut technique, absence de contrôles intraopératoires et immédiatement postopératoires de la fonction de la moelle épinière, documentation en partie insuffisante (gazométrie, concentration de l'hémoglobine et hémato-crite). Règlement à l'amiable.

Cas n° 72

Faute opératoire et/ou faute d'assistance postopératoire? Troubles invalidants après déblocage

de l'extenseur et dénervation selon Wilhelm – excision de la nécrose, arthrotomie et synovectomie de l'articulation radio-humérale, décompression du nerf radial. Lésion du plexus éventuellement due à l'anesthésie. Syndrome de Sudeck. Invalidité totale. Expertise seulement partiellement concluante, laissant de nombreuses questions sans réponse. Preuves de la faute et de la causalité problématiques. Renoncement à d'autres expertises et règlement à l'amiable (exemple typique d'«achat du risque»).

Cas n° 73

Faute de diagnostic? Décès après infarctus cardiaque non décelé – contrôle Quick de routine chez un patient cardiaque (prolapsus de la valve mitrale, insuffisance mitrale et fibrillation auriculaire) avec douleurs thoraciques irradiantes dans le bras. Pas de diagnostic différentiel. Décès au bout de quelques heures. Pas d'autopsie, cause de la mort: infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque en tant que conséquence de la maladie préexistante, ou troisième cause inconnue. Accord à l'amiable.

Responsabilité liée au produit

Cas n° 74

Déficit manifeste du produit après implantation d'une prothèse – complications postopératoires qui nécessitent un changement de prothèse au bout de quelques mois. Carence de la prothèse reconnue par le fabricant. Prise en charge du coût de la révision opératoire. Indemnisation du dommage ultérieur. Indemnité contestée, puisque non prescrite par la Loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits (LRFP).

Cas n° 75

Le défaut de produit est nié, en dépit d'une «durée de vie» exceptionnellement courte de la prothèse implantée – il n'y a pas de garantie pour une «durée de vie moyenne d'une prothèse d'au moins 10 à 15 ans», le descellement précoce de la prothèse ne constitue pas un défaut du produit. Rejet de la responsabilité.