26es JNI 2025 TOURS
et la région Centre - Val de Loire VINCI

Journées Nationales d'infectiologie
du mercredi 11 juin 2025 au vendredi 13 juin 2025
Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie
Jeudi 12 juin 2025

"L'infectiologie au tribunal"

Louis BERNARD
Hervé FOULT
Rémy GAUZIT

L'orateur ne souhaite pas répondre ☐

Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

- **Intervenant** : Louis BERNARD, Hervé FOULT, Rémy GAUZIT
- **Titre** : L'infectiologie au Tribunal

Aucun lien d'intérêt en rapport avec le thème de la présentation

Mise en œuvre de la responsabilité médicale

Respondere » répondre, se porter garant de…

LITTRE :

« Obligation de répondre, d'être garant de certains actes... »

- Faute : manquement du professionnel de santé ou de l'établissement à ses obligations ou devoirs
- Dommage : le préjudice doit être certain
- Lien de causalité entre la faute et le dommage

Obligations des professionnels de santé et des établissements

- Sécurité – Résultat
- Information
- Secret médical
- Assurance en responsabilité civile (loi du 30/12/2002) -> pouvoir garantir une indemnisation
- Indemnisation sous condition de :
  - Faute :
    - Diagnostic
    - Réalisation d'un acte
    - Mauvaise prescription
    - Défaut de surveillance
    - Conduite des soins

Obligations des professionnels de santé et des établissements

- Sécurité – Résultat
- Information
- Secret médical
- Assurance en responsabilité civile (loi du 30/12/2002) -> pouvoir garantir une indemnisation
- Indemnisation sous condition de :
  - Faute :
  - Aléa thérapeutique correspond, en dehors de toute faute, à un risque inhérent à l'acte ne pouvant être maitrisé

Obligations des professionnels de santé et des établissements

- Sécurité – Résultat
- Information
- Secret médical
- Assurance en responsabilité civile (loi du 30/12/2002) -> pouvoir garantir une indemnisation
- Indemnisation sous condition de :
  - Faute :
  - Aléa thérapeutique correspond, en dehors de toute faute, à un risque inhérent à l'acte ne pouvant être maitrisé
  - Infection liée aux soins (plutôt que nosocomiale), en l'absence de « faute »

Code de déontologie : art 32, 33, 34, 35

Devoirs du professionnel de santé

- Devoir d'information
- Mettre à jour ses connaissances : soins fondés sur les données acquise de la science
- Devoir de sécurité - Résultats
  - Bénéfice/risque de l'acte
  - Nécessité de l'acte
  - Conditions de sécurité optimales
  - Précision dans la réalisation de l'acte

Devoir d'information

Principe du consentement libre et éclairé du consommateur de soins

- Absolu en ce qui concerne l'acte médical proposé
  SAUF : urgence vitale - Incapacité du patient à exprimer un consentement
- Entretien oral ++++
- Information dite « *loyale, claire et appropriée* » : basée sur bénéfices/risque
  - Risques graves et/ou fréquents normalement prévisibles
  - Les autres solutions possibles
  - Les conséquences possibles du refus (bénéfice/risque)

Art 35 du code de déontologie - Art L.11.1 du CSP
Convention des Droits de l'Homme et de la Bio médecine du conseil de l'Europe (04/04/1997)
Charte Européenne des droits fondamentaux (18/12/2000)

Preuve de l'information

- Charge de la preuve d'information
  - Incombe au praticien
  - Par tous moyens (lettre au médecin traitant + copie au patient – formulaires signés de consentement et d'information (sociétés savantes +++, nb d'entretien avec le patient avant l'acte, etc…
- Jurisprudence
  - En l'absence de faute, un dommage peut-être indemnisé au titre d'un défaut d'information
  - Indemnisation en fonction de la chance qu'aurait eu le patient, correctement informé, de refuser l'acte (le défaut d'information prive le patient de son droit à refuser l'acte)

Modes de recours

- **Tribunal Administratif** : le dommage s'est réalisé dans un établissement hospitalier public
- **Tribunal judiciaire** : le dommage s'est réalisé dans le cadre d'une activité libérale (y compris exercice du privé à l'hôpital) et/ou dans un établissement privé
- **ONIAM/CCI** : règlement à l'amiable des accidents médicaux

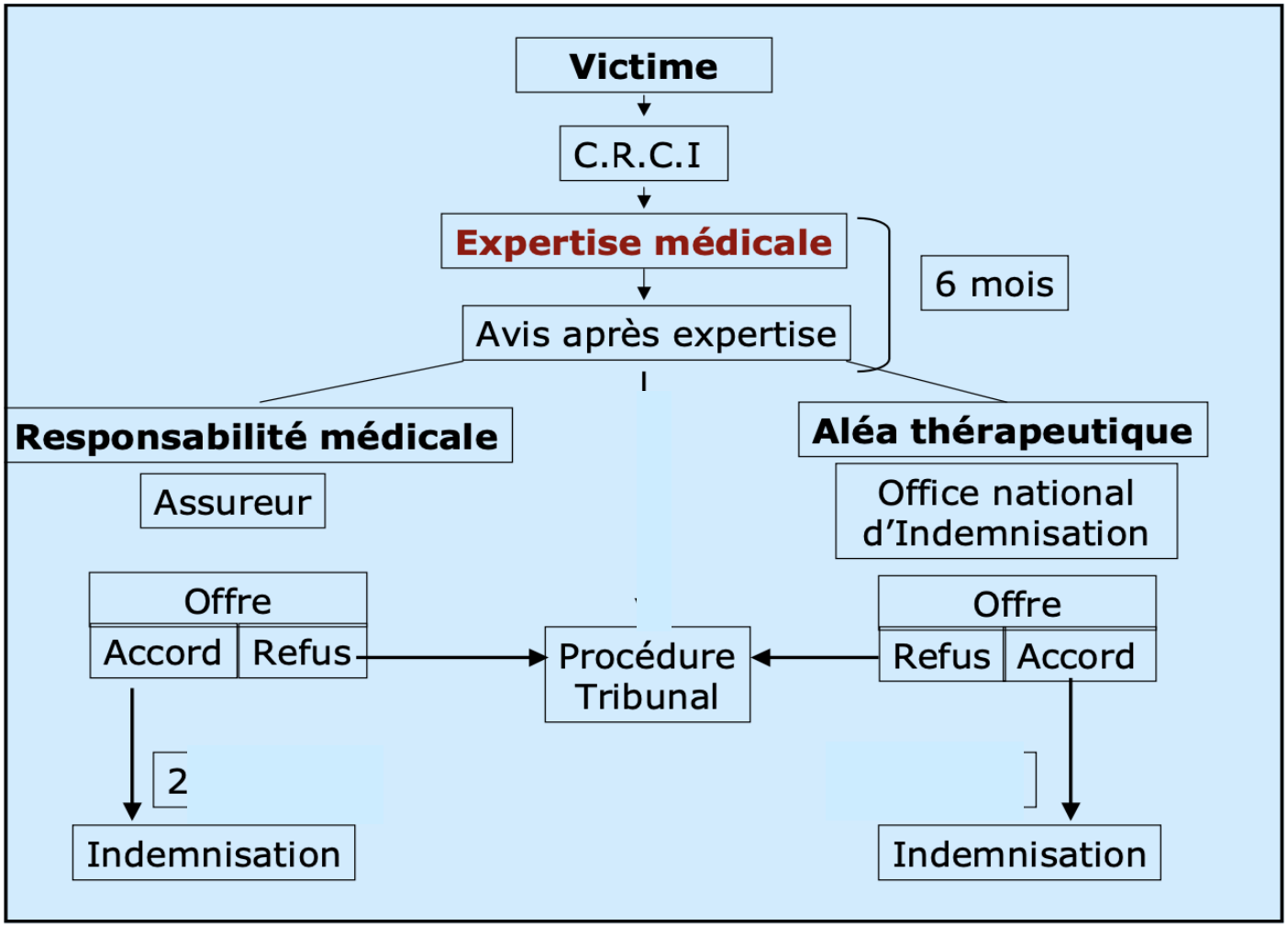
Possibilités d'indemnisation par la solidarité nationale

- TA 500 procédures/an
- TJ 500 procédure/an
- CCI 5 000 procédures/an

Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

Critères de gravité définissant la compétence de la CCI

- DFP (déficit fonctionnel permanent) ≥ 24 %
- Incapacité temporaire de travail pendant 6 mois consécutifs ou 6 mois non-consécutifs sur 1 an
- DFT (déficit fonctionnel temporaire) ≥ 50 %, pendant une durée idem
- Inaptitude définitive à poursuivre son activité professionnelle
- Troubles graves dans les conditions d'existence
  - Mort in utéro
  - Préjudices scolaires/universitaires majeurs
  - …


Victime
C.R.C.I
Expertise médicale
6 mois
Avis après expertise
Responsabilité médicale
Assureur
Aléa thérapeutique
Office national d'Indemnisation
Offre
Accord
Refus
Procédure Tribunal
Offre
Refus
Accord
2
Indemnisation
Indemnisation

C’est quoi un expert ?

- Un enquêteur/analyste
- Un traducteur
- Un rédacteur

- « Théoriquement » choisi pour sa compétence :
  - Dans sa profession
  - En procédure juridique et en dommage corporel
- Son rôle : apporter un œil technique pour éclairer le magistrat/la CCI, et les parties mises en cause

Cas Clinique 1

Expertise ordonnée par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux

- Suite d'une plainte d'une malade ayant subi une infection sur prothèse totale de genou

Cas clinique 1

Patiente de 56 ans, 85 kg pour 163 cm

- Diabète non insulino dépendant, AC/FA
- Sous Diamicron et Eliquis (Stop à J-5 relai HBPM)
- PTG gauche, le 17 octobre 2022. Antibioprophylaxie par Cefazoline 2 g, injectée 5 minutes avant le garrot.
- Sortie en SSR à J5, pansement propre, marche avec deux cannes, reprise de l'Eliquis au transfert.

Cas clinique 1

Patiente de 56 ans, 85 kg pour 163 cm

- Diabète non insulino dépendant, AC/FA
- Sous Diamicron et Eliquis (Stop à J-5 relai HBPM)
- PTG gauche, le 17 octobre 2022. Antibioprophylaxie par Cefazoline 2 g, injectée 5 minutes avant le garrot.
- Sortie en SSR à J5, pansement propre, marche avec deux cannes, reprise de l'Eliquis au transfert.
- Revient le 7 novembre (J21), pour fièvre à 38°5, et apparition d'un écoulement depuis 2 jours

Hospitalisation du 7 au 10 novembre 2022

- 2 hémocultures ne poussent pas
- Reprise le 8 novembre 2022 pour lavage sans changement d'implant (genou trop serré…)
- Amox IV 6g/j jusqu'à la sortie
- Bactério à J1: SAMS (5/5)
- Traitement de sortie par le chirurgien : Amoxicilline 2g/j, Pyostacine 1,5g/j
- Retour au SSR le 10 novembre

Hospitalisation du 7 au 10 novembre 2022

- 2 hémocultures ne poussent pas
- Reprise le 8 novembre 2022 pour lavage sans changement d'implant (genou trop serré…)
- Amox IV 6g/j jusqu'à la sortie
- Bactério à J1: SAMS (5/5)
- Traitement de sortie par le chirurgien : Amoxicilline 2g/j, Pyostacine 1,5g/j
- Retour au SSR le 10 novembre
- Hématome noté au SSR avec souffrance cutanée et hématome.
- Revient le 30 novembre, pour fièvre à 38, CRP 70, genou inflammatoire. Demande d'avis infectiologique

Hospitalisation du 30 novembre au 24 décembre

- Staff IOA:
  - Décision changement en un temps
  - Arrêt antibiotique en attente chirurgie
  - Arrêt Eliquis et relai HBPM
  - Contrôle Echo cardiaque
  - ATB post opératoire prévue Tazocilline Daptomycine
- Reprise le 5 décembre:
  - Changement en un temps sans complication chirurgicale
  - Résultat bactério négatif à J5 => Arrêt antibiotique

Hospitalisation du 30 novembre au 24 décembre

- Staff IOA:
  - Décision changement en un temps
  - Arrêt antibiotique en attente chirurgie
  - Arrêt Eliquis et relai HBPM
  - Contrôle Echo cardiaque
  - ATB post opératoire prévue Tazocilline Daptomycine
- Reprise le 5 décembre:
  - Changement en un temps sans complication chirurgicale
  - Résultat bactério négatif à J5 => Arrêt antibiotique
  - Staph épi 3/5 à J14

Histoire de la maladie 4

- Staff IOA:
  - Décision lavage pour reprise d'antibiothérapie adaptée
- Reprise le 12 décembre:
  - Changement du plateau en polyéthylène, lavage abondant
  - 5 prélèvements
  - Résultat bactério: Staph épi 2/5 à J3
- Antibiothérapie IV 8 jours puis relai PO pour 3 mois

Examen clinique et Fin

- Suites simples sur un plan infectiologique
- Amplitudes articulaires à 4 mois puis 12 mois: 0/10/75
- Douleurs résiduelles, difficulté dans les escaliers, difficulté à la conduite, perte du jardinage
- Pas de reprise de travail et mise en retraite anticipée en Juin 2023

Analyse médico légale

- Les manquements :
  - Défaut de traçabilité de l'information pré opératoire
  - Antibioprophylaxie trop proche du gonfler de garrot.
  - Lavage sans changement d'insert
  - Erreur d'antibiothérapie du chirurgien
  - Arrêt précoce de l'antibiothérapie lors de la reprise

Analyse médico légale

- Les pertes de chance:
  - Antibioprophylaxie trop proche du gonfler de garrot:
    - Probable perte de chance mais chiffrage difficile.
  - Lavage sans changement d'insert
    - Probable perte de chance, mais était ce réalisable techniquement?
  - Erreur d'antibiothérapie du chirurgien
    - Perte de chance d'éviter l'échec du traitement de l'infection: %?
  - Arrêt précoce de l'antibiothérapie lors de la reprise
    - Perte de chance d'éviter la 3e reprise

Analyse médico légale

- La perte de chance en antibioprophylaxie:
  - Base de raisonnement: 1% d'infection versus 2% sans prophylaxie
  - Perte de chance 50% (2 fois plus d'infection) ou 1% (=2%-1%)

- Analyse groupée de sept études (n = 3065 patients),
  - l'administration d'antibiotiques a réduit le risque relatif (RR) d'infection de la plaie de 81 % (RR 0,19 ; IC à 95 % 0,12 à 0,31 ; test du chi carré, p <0,00001).
  - Cela se traduit par une réduction du risque absolu de 8 %, ce qui signifie qu'une infection serait évitée pour 13 personnes traitées par rapport à l'absence d'administration d'antibiotiques (différence de risque -0,08 ; IC à 95 % -0,03 à -0,12).
    - *AlBuhairan B, Hind D, Hutchinson A. Antibiotic prophylaxis for wound infections in total joint arthroplasty: a review. J Bone Joint Surg Br. 2008;90:915-919.*

Evaluation du dommage

- Consolidation: 31 décembre 2024
- Les postes de préjudice (temporaires):
  - Arrêt de travail du 15 février 2023 au 31 décembre 2024 date de départ anticipée en retraite.
  - Déficit fonctionnel temporaire strictement imputable à l'infection:
    - 100% du 7/11/22 au 24/12
    - 50% du 25/12 au 15/3/23
    - 25% du 16/3/23 au 31/12/24
  - ATP: 2h/j du 25/12 au 15/3/23, et 5h/sm du 16/3/23 au 30/12/24
    - (10 800 €)
  - SE: Hospitalisation longue, 3 reprises, antibiothérapies: 4/7

Evaluation du dommage

- Les postes de préjudice (définitif):
  - AIPP: 15%
  - ATP: 1h / semaine pérenne
  - PGPF: départ anticipé à la retraite
  - FVA: Boite automatique
  - FLA : douche adaptée et monte escalier
  - PA: perte du jardinage
  - PEP: boiterie et cicatrice élargie 2/7
  - PS : décrit

Qui Paye ?

- L'établissement pour l'infection nosocomiale mais pas intégralement car :
  - Une part pour le chirurgien pour les pertes de chance (à compter du 10 novembre)
  - Une part pour l'infectiologue pour l'arrêt trop précoce de l'ATB (pour la période du 10 au 30 décembre)
- Entièrement le chirurgien pour le préjudice d 'impréparation.
- En fait ce sont nos assureurs qui payent !
  - Si le taux d'AIPP était monté à 26% la solidarité nationale serait intervenue au lieu de l'établissement

Cas Clinique 2

Expertise ordonnée par le Tribunal Administratif

- Suite d'une plainte des ayants-droits d'une malade ayant contracté le SARS-Cov 2 et décédée.

Histoire de la maladie

Patient de 81 ans, 105 kg pour 162 cm

- Diabète non insulino dépendant - AC/FA – IDM il y a 2 ans
  BPCO post-tabagique post - Ethylisme
- Dermohypodermite bactérienne jambe gauche - Incurie
- Vaccin Covid x 3
- Hospitalisation le 14/11/2022 pendant 6 j
  - Amoxicilline 1,5g x 3
  - Sortie à J6 en SSR – PCR la veille négative

Histoire de la maladie

- En SSR
  - Poursuite Amoxicilline (traitement total 7 j)
  - Chambre double (voisin hospitalisé depuis 48 h - PCR négative), kiné
  - J10 voisin covid +
  - J12 toux, fièvre à 38°5,
  - Appel infectiologue : traitement symptomatique-corticothérapie – Pas de Paxlovid
  - J14 : oxygéno-dépendant 6 litres/min, puis hypotension
- Passage en réa
  - ARDS : décubitus ventral (trachéotomie impossible) – Noradrénaline 25 j – Récusé pour l'ECMO – Epuration extra-rénale 12 j
  - 2 PAVM
  - Décès à J 32

Griefs de la famille

- L'hôpital a tué mon mari :
  - « On rentre à l'hôpital pour être soigné pas pour mourir »
  - « Pendant les confinements, il ne s'est rien passé car nous avons été prudent …. Et boum acquisition de la covid à l"hôpital »
  - « Les infirmières n'avaient pas de masque lors des pauses»
  - « Le médecin traitant avait bien raison: le vaccin a aggravé les choses »
  - « Les réanimateurs lui ont collé une infection nosocomiale »
  - « Il y a eu bien d'autres décès dans ce service, c'était dans le journal »
- Remarques de l'avocat :
  - Faute dans le SSR, puisqu'il y a eu contamination au sein de ses locaux
  - Hospitalisation en chambre x 2
  - La surveillance aurait dû être plus attentive chez ce patient fragilité

Le Dommage

- Décès par acquisition de la Covid-19 en établissement de santé chez un sujet vacciné et n'ayant pas reçu préventivement le Paxlovid

Le Dommage

- Infections nosocomiale ? Infection liée aux soins ?
  - Sur le plan juridique : définition sur des critères de lieux et de temps
  - La survenue d'une infection à Covid 19 n'est pas la conséquence d'un acte ou d'un traitement (ou de leur absence)
- Il s'agit « *d'une infection contractée en milieu de soins, dans un contexte de pandémie mondiale, ne connaissant aucune frontière* »

L'hôpital à sans doute un rôle protecteur, C'est la communauté qui a contaminé l'hôpital et non l'inverse ! Difficile à expliquer aux familles…

- Alors que près du 1/3 de la population française a été infectée, l'incidence observée à l'hôpital <<< (300 vs 2 à 3/100.000)
- Les soignants ont plus de chance de contracter l'infection dans leur activités domestiques qu'à l'hôpital

SFP – Lancet 2022; 399 :2351 : CMI 2022; 28 :1471

Analyse médico-légale - Préjudices

- Origine du décès mono-factoriel : infection à Covid 19
- Pas de Paxlovid préventif → perte de chance de 70 % d'éviter une forme grave (*HAS avril 2022*)
- Les PAVM étaient attendues et inévitables
- Il existe un état antérieur +++
  - Score de Charlson 7 → en cas d'hospitalisation → risque de décès dans l'année > 85 %décès

Expertises et infection à Covid 19

Contrairement aux craintes initiales, nombre limité de « réclamations »

Mai 2024

- CCI : 450 demandes d'indemnisation pour infection à Covid 19
- TA, TJ quelques dizaines
- Pénal 10 à 20 (homicide involontaire, mise en danger, non-assistance à personne en danger, traitement non-approprié)
- ONIAM : 380 demandes d'indemnisation pour effets indésirables des vaccins

100 expertises effectuées

- Origine communautaire : < 25 % des dossiers
- Décès > 80 %
- Beaucoup de personnes âgées (voire très âgées)
- Beaucoup de comorbidités ➔ importance +++ de l'état antérieur
- Souffrance +++ des proches « … *les visites étaient interdites… on n'a pas pu l'accompagner »* et lors du 1er confinement *« et en plus on n'a pas pu l'enterrer… ni se réunir…»*
- Dans quasi tous les cas, plainte des familles :
  - Défaut d'information, manque d'empathie
  - Non respect des mesures barrière *vs* « *on faisait attention à la maison… et d'ailleurs il n'a pas attrapé le Covid »*

100 expertises effectuées

- 15 % (n=15) de comportements non conformes
- 2 PEC « thérapeutiques » non conforme
- 13 non-conformités liées à des pb « organisationnels »
  Tout est possible…
  - Mais, le plus souvent, existence d'une « désorganisation » ± marquée
  - Mauvaise gestion des PCR, d'un cluster…
  - Disponibilité des lits souvent saturée ➔ chambre seule pas toujours possible
  - Arrêt travail du personnel ➔ intérim, remplacement, sous-effectif…

Expertises et Covid 19

- CCI
  - Île de France : sur 80 expertises analysées en commission
    ➔ 15 propositions d'indemnisation

    Proportion < à celle des avis rendus dans les dossiers classiques
  - MAIS, il existe des différences ++++ suivant les régions

    ➔Source d'injustice ++++

- Incertitude sur l'évolution de la réponse judiciaire (TA, TJ) sur ces dossiers

Conclusion

- Hôpital a bien fonctionné, avec peu de dysfonctionnement, en dépit :
  - de la crise
  - du bruit médiatique
  - des injonctions des autorités
- Cohérence dans la prise en charge - Peu de litiges liés à la qualité des soins
- Majorité des réclamations liée à la nosocomialité (réglementation imposée et stricte, analysés sans nuance par les usagers … et leur conseils)
- Hôpital (soignants) a aussi été touché
- Législation « infection nosocomiale » à revoir

  Equité (acquisition communautaire / hôpital)

Cas clinique 3

Expertise ordonnée par le Tribunal Judiciaire de X

- Suite d'une plainte d'une malade ayant subi un choc septique grave, complication d'une pyélonéphrite qui a abouti à une amputation de plusieurs orteils puis par la suite à une rupture d'un tendon d'Achille

- Madame X, 41ans, Pas d'ATCD, sans emploi, mariée, 2 enfants
- 12/06/2023 (J0) 14h, douleurs intenses flanc droit, nausées
  - Appel aux pompiers /transport urgences clinique Z /Docteur U1
  - Apyrétique PA 130/75 FC 100 EVA 10/10
  - Suspicion Colique Néphrétique
  - CRP 5 , ECBU demandé
  - Injection AINS + spasfon
  - 17h : sortie avec demande d'échographie, ECBU en attente

- Madame X, 41 ans
- 13/06/2023 (J1)
  - 11h , majoration des douleurs, frissons, vomissements
  - 12h clinique Z
  - 12h15 vu par IOA : 38°4, frissons, PA105/80, FC 110, Sa02 96% EVA 9
  - 13h15 : IDE PA 100/70, perfusion, paracétamol 1g IV , hémocultures
  - 14h vu par Dr U2 : demande d'uroTDM -morphine
  - 14h15 : PA 90/70 , 38° EVA 5/10
  - 15h15 : PA 85/70 , 38°1 EVA 3/10 , remplissage 500 ml Nacl
  - 16h : uroTDM : pyélonéphrite obstructive /radiologue-appel Dr B
  - 16h15 : PA 70/50, remplissage 500 ml Nacl +02 3 litres
    Dr U2 appel urologue Dr C et anesthésiste-réanimateur D
  - 18h15 : introduction noradrénaline-ceftriaxone + amikacine
  - 19h15 : montée de sonde urétrale-levé d'obstacle puis réa

- Madame X, 41 ans
- Hospitalisation du 13/06 au12/07/2023 en réanimation
  - Choc septique : Noradrénaline 10 jours
  - Anurie dialysée 7 jours
  - 2 pneumopathies acquises VM
  - Trachéotomie 21 jours
  - Escarre fessière et calcanéum droit
  - Amputations : orteils
  - Neuropathie de réa

- Passage en médecine jusqu'au 09/08/2023

- Madame X, 41 ans, 52 kg
- Passage en médecine jusqu'au 09/08/2023
  - Découverte d'une maladie lithiasique héréditaire (hyperoxaliurie)
  - DFG 56ml/min/1,73m2

  - Ostéite du calcanéum à Enterobacter sauvage
  - Docteur I : Lévofloxacine 750 mg x2/j 6 s à partir du 05/08/2023

- 11/08/2023 Douleurs tendineuses et arthro-myalgies
- 17 au 18/08/2023 Retour clinique Z
  - Rupture tendon d'Achille –arrêt lévofloxacine (cotrimoxazole)
  - Traitement médical

Que comprend le dommage imputable de Mme. X

1 La sonde JJ

2 La neuropathie de réanimation

3 Le régime anti-lithiasique

4 La rupture du tendon d'Achille

5 Le chômage

2 réponses bonnes

Que comprend le dommage imputable de Mme X

1 La sonde JJ

2 La neuropathie de réanimation

3 Le régime anti-lithiasique

4 La rupture du tendon d'Achille

5 Le chômage

Analyse médico-légale : Que cherche l'expert ?

- Dommage : Juridique
  - Suite directe du fait générateur qui l'a produit.
- Notion d'imputabilité
  - En droit : directe certaine et exclusive
- Indication d'un acte-soin-traitement
  - Conforme ou non
- Accident médical fautif-non fautif
  - Erreur/ faute/ alea
- Notion de perte de chance
  - Evitable/inévitable

- Conséquence : réparation / juridique
  - Financière : préjudice-emploi

Analyse médico-légale : Résumé des faits

- Madame X, 41ans, Pas d'ATCD, sans emploi, mariée, 2 enfants
  - Phase initiale colique néphrétique non fébrile hyperalgique
  - Puis colique néphrétique fébrile PNA obstructive
  - Puis Choc septique
  - Puis PAVM, trachéotomie, dialyse, neuropathie de réa, escarre,
  - Ostéite - tendinopathie/Fluoroquinolone

❖ Les acteurs

- La patiente, état antérieur, évolution normale de la pathologie
- La structure de soins conformité/continuité des soins
- Les acteurs
  - Docteurs U1 et U2: urgentistes
  - Docteur C : urologue
  - Docteur D : anesthésiste-réanimateur.
  - Docteur I : infectiologue

Analyse médico-légale : erreurs

- Madame X, 41ans, Pas d'ATCD, sans emploi, mariée, 2 enfants
  - Phase initiale colique néphrétique non fébrile hyperalgique

    1er passage aux urgences –docteur U1
  - La prise en charge a-t-elle été conforme ?

La prise en charge par le Dr U1(Urgentiste J0)

1 Est totalement conforme

2 N'a pas été conforme et a été à l'origine d'une perte de chance d'une évolution favorable

3 N'a pas été conforme et mais n'a pas été à l'origine d'une perte de chance d'une évolution favorable

4 Ne peut être critiquable car elle est juridiquement non détachable de la structure hospitalière

5 Ne peut être critiquable car elle est juridiquement détachable de la structure hospitalière

Une seule réponse bonne

La prise en charge par le Dr U1

1 Est totalement conforme

2 N'a pas été conforme et a été à l'origine d'une perte de chance d'une évolution favorable

3 N'a pas été conforme et mais n'a pas été à l'origine d'une perte de chance d'une évolution favorable

4 Ne peut être critiquable car elle est juridiquement non détachable de la structure hospitalière

5 Ne peut être critiquable car elle est juridiquement détachable de la structure hospitalière

La prise en charge par le Dr U1

N’a pas été conforme et mais n’a pas été à l’origine d’une perte de chance d’une évolution favorable

- Contrôle de l’EVA avant sortie
- Bandelette Urinaire (VPP chez la femme)
- Suivi de l’ECBU

La prise en charge par le Dr U2 (Urgentiste J1)

N'a pas été conforme et mais a été à l'origine d'une perte de chance d'une évolution favorable

- 13/06/2023
  - 12h clinique Z
  - 14h vu par Dr B : demande d'uroTDM -morphine
  - 14h15 : PA 90/70 , 38° EVA 5/10
  - 15h15 : PA 85/70 , 38°1 EVA 3/10 , remplissage 500 ml Nacl
  - 16h : uroTDM : pyélonéphrite obstructive /radiologue-appel Dr B
  - 16h15 : PA 70/50, remplissage 500 ml Nacl +02 3 litres
    Dr B appel urologue Dr C et anesthésiste-réanimateur D

Retard 2h

-antibiothérapie

-traitement du choc

-appel uro

La prise en charge par le Dr D (Anesthesiste-réanimateur J1)

N'a pas été conforme et mais a été à l'origine d'une perte de chance d'une évolution favorable

- 13/06/2023
  - 12h clinique Z
  - 16h15 : PA 70/50, remplissage 500 ml Nacl +02 3 litres
    Dr U2 appel urologue Dr C et anesthésiste-réanimateur D
  - 18h15 : introduction noradrénaline-ceftriaxone + amikacine

Retard 2h
-antibiothérapie
-traitement du choc

Dr C urologue : conforme

La prise en charge par le Dr I (Infectiologue)

N’a pas été conforme et mais a été à l’origine d’une perte de chance de non rupture tendineuse

- Lévofloxacine 750 mg x2/j 6 s à partir du 05/08/2023
- 11/08/2023 Douleurs tendineuses
- Retour clinique Z 17 au 18/08/2023

- ❖ Posologie trop forte (52 kg-Insuffisance rénale)
- ❖ Absence de recommandations/surveillance

Discussion (1)

- Les acteurs
  - La patiente, état antérieur, évolution normale de la pathologie
    - Le médecin de recours estime que bien traité: 100% évolution favorable
  - Les acteurs
    - La structure de soins conformité/continuité des soins
      - L'avocat du Dr U2 : demande IOA a-t-elle informée le médecin ?
    - Docteurs U2 : urgentistes
      - Le Dr U2 : Les urgences étaient surchargées
    - Docteur C : urologue
      - Informé tardivement
    - Docteur D : anesthésiste-réanimateur.
      - Le médecin U2 n'avait pas fait les prescriptions

Discussion (2)

- Base de réflexion : vérifier le dossier biblio + expérience
  - Le patient, état antérieur, évolution normale de la pathologie
    - Le médecin de recours estime que bien traité: 100% évolution favorable

    NON : 15% de décès, 30% de séquelles si vivant

    - La structure de soins conformité/continuité des soins
      - L'avocat du Dr B : demande IOA a-t-elle informée le médecin ?

      OUI : Tracé dans le dossier à H30 : malade à voir < 1h

    - Docteurs U2 : urgentistes
      - Le Dr U2 : Les urgences étaient surchargées

      OUI mais urgence et n'explique pas la thérapeutique/surveillance
    - Docteur C : urologue
      - Informé tardivement
    - Docteur D : anesthésiste-réanimateur.
      - Le médecin B n'avait pas fait les prescriptions

      Plausible mais le Dr D devait vérifier l'administration et efficaité

Perte de chance multiple

- L'absence de correction de l'hypotension (pression moyenne < 65mmHg) aurait du motiver le début de l'administration intraveineuse de noradrénaline

Surviving Sepsis Campaign Guidelines Intensive Care Med 2017 ;43 :304-377

Perte de chance multiple

- L'absence d'administration d'antibiotiques constitue également une perte de chance (la diminution de la survie pourrait être égale à 4 à 7 % à chaque heure passée sans antibiotique suivant la constatation de l'hypotension

(*Kumar A, Crit Care Med 2006 ; 34 :1589-1596) (Seymour CW, N Engl J Med 2017 ;376 :2235-2244*).

Perte de chance multiple

- Les données de la littérature établissent une relation entre retard à la prise en charge et mortalité mais peu de données sont disponibles comparant le retard de prise en charge et la sévérité ou les séquelles de l'infection même si cette association peut apparaitre intuitive

(*Contou D Intensive Care Med 2018 ;44 :1502-1511*).

Perte de chance

- Base de réflexion : vérifier le dossier + biblio + expérience

  - Evolution normale : 33% de séquelles si vivant
  - Docteur U2 : 33% en lien avec non-conformité
  - Docteur D : 33% en lien avec non-conformité

Conclusion

- Rôle de l'infectiologue
  - Expert/Sapiteur
    - Médecin n'est ni juriste ni Juge
    - Histoire des faits-examen clinique
    - Mission-Sapiteur-Aide d'anciens
  - Infectiologue mis en cause
    - Hospitalier/libéral
    - Traçabilité
    - Examen clinique/Avis téléphonique
    - Suivi

Merci !