



Cholécystectomie : Aspects médico-légaux

Docteur MC Le Moine
Chirurgie Digestive
Expert près des tribunaux
Expert en accidents médicaux

ACHBT Jeunes 8 Janvier 2018

Contentieux en responsabilité médicale

- En France et par an
- 400 millions d'actes médicaux
- 14 millions de malades hospitalisés
- 20000 déclarations d'insatisfaction auprès des assureurs
- 5000 à 6000 contentieux juridictionnels



Expertise médicale

Pourquoi votre responsabilité peut-elle être engagée?

- Erreur médicale ayant entraîné un préjudice
Problème d'Information et de communication ?
- Complication post opératoire ayant entraîné un préjudice grave :
 - Caractère exceptionnel et inattendu de l'accident médical - Pas de faute
 - Déficit fonctionnel temporaire > 6 mois
 - Incapacité professionnelle
 - Déficit fonctionnel permanent > 25% (très rare en chirurgie digestive...)
 - Cirrhose child B ou C (DFP de 20 à 60%)
 - Transplantation hépatique (DFP de 30 à 40%)
 - Décès...

Contentieux en responsabilité médicale

=

Expertise médicale

Expertises médicales (CCI,TA,TGI)

- Rôle de l'expert : éclairer le juge ...
 - expliquer le problème médical à des non médecins...et les causes du dommage en pourcentage et en noir et blanc!
 - Se fier : à son expérience +/-, aux recommandations scientifiques à haut niveau de preuve connues au moment des fait +++
- Cause du dommage
- Evaluation des préjudices
 - Barèmes d'évaluation médico-légale

Cause du Dommage

Etat antérieur : x%

+

Manquement : y%

+

« pas de chance » ou complication connue

Accident médical non fautif : z%

=

Dommage : 100%



Etat antérieur

+

Manquement

+

« pas de chance » ou complication connue

Accident médical non fautif

=

Dommmage

Etat antérieur ...

- Les antécédents du patient ont participés à la survenue du dommage
 - plaie iatrogène du grêle et adhérences post opératoire
 - Vésicule scléro-atrophique et plaie des voies biliaires
 - Obésité, tabac pouvant aggraver des complications pariétales
- Les antécédents du patient ont aggravé les conséquences de la complication
 - Comorbidité et risque de décès d'une péritonite biliaire
- Les séquelles ne sont pas en rapport avec la complication
 - Troubles de cicatrisation majeurs 2 ans après laparotomie pour plaie des voies biliaires



Etat antérieur

+

Manquement (s)

+

« pas de chance » ou complication connue
Accident médical non fautif

=

Dommmage

- 
1. Défaut d'information
 2. Non indication opératoire, bilan pré opératoire incomplet, erreur diagnostique
 3. Défaut dans la technique opératoire
 4. Retard diagnostique et de traitement de la complication
 5. Infection nosocomiale sauf si cause endogène (ex fistule post opératoire)



1. Défaut d'information

2. Indication opératoire, bilan pré opératoire incomplet, erreur diagnostique
3. Défaut dans la technique opératoire
4. Retard diagnostique et de traitement de la complication
5. Infection nosocomiale sauf si cause endogène (ex fistule post opératoire)

Information pré opératoire

- Art L. 1111-4 du CSP: « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé
Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.
Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »
- Le devoir d'information est inscrit dans la loi: Art L. 1111-2 CSP
 - Pleine et entière sur la pathologie
 - Claire et complète sur les thérapeutiques
 - Juste et objective sur les conséquences de ne rien faire ou de faire ; même si les conséquences sont improbables
 - Précis sur le coût des traitements
- « Renversement de la charge de la preuve » à la charge du professionnel de santé
Arrêt COUSIN 1^{er} C Civil C Cass 25 Fev 1997
- Seule exception : le cas d'urgence Arrêt 1^{er} C Civil C Cass 26 Oct 2004

Difficultés pratiques pour le médecin...

- Durant la consultation...On doit :
 - Noter les antécédents, l'histoire de la maladie
 - Examiner le patient
 - Voir les examens
 - Expliquer le diagnostique
 - Expliquer l'évolution de la pathologie en l'absence de traitement
 - Proposer les différents traitements, leurs bénéfice et leurs risques
 - Choisir un traitement
 - S'assurer que le patient a bien compris et qu'il est d'accord
 - Programmer Consultation anesth et bloc
- En combien de temps???

Information préopératoire : Comment?

- Préférer qu'une personne ayant des problèmes de compréhension soit accompagnée
- Remettre au patient une fiche d'information patient concernant sa pathologie –
Fiches rédigées par l'HAS, FCVD ou sociétés savantes
- Assurer la traçabilité de l'information :
 - Dans le courrier
 - Dans le consentement éclairé signé
 - En le récupérant signé lors de l'admission pour la chirurgie
- Laisser un délai pré opératoire pour que le patient puisse solliciter un complément d'information (Médecin traitant, chirurgien)
- Envoyer le courrier de consultation au patient
- Revoir avant la chirurgie pour répondre à ses questions

À quelles questions doit répondre l'expert en cas de défaut d'information ?

- Demander à la victime si elle se serait soustraite à l'intervention en cas d'information plus précis sur le risque = discuter l'indication opératoire
 - Non information d'un risque de plaie des voies biliaires au décours d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée
- Préciser l'incidence du risque et son caractère exceptionnel
- Que ce serait t-il passé si le patient n'avez pas été opéré?
- Calcul de perte de chance d'évolution favorable ou d'éviter le décès...
 - Décès au décours d'une cholécystectomie pour cancer de la vésicule
 - Plaie des voies biliaires au décours d'une cholécystectomie simple :
- Morbidité lithiase vésiculaire symptomatique : 30%
- Perte de chance d'évolution favorable : $100-30=70\%$



1. Défaut d'information

2. Indication opératoire, bilan pré opératoire incomplet, erreur diagnostique

3. Défaut dans la technique opératoire

4. Retard diagnostique et de traitement de la complication

5. Infection nosocomiale sauf si cause endogène (ex fistule post opératoire)

Quand faut-il faire... une cholécystectomie ?

En raison :

- de l'augmentation du nombre des cholécystectomies et d'une variabilité géographique non expliquées ;
- de données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires et leur impact sur la survie des patients ;

la Haute Autorité de Santé, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de la Médecine Générale souhaitent rappeler les points suivants :

Non indication opératoire

- Pas de cholécystectomie en cas de lithiases vésiculaires asymptomatiques sauf vésicule porcelaine ou polype > 10mm
- Tracer dans le courrier ou le dossier les symptômes justifiant l'indication

Retard indication opératoire

- En cas de cholécystite aiguë, sans défaillance viscérale, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible, idéalement dans les 72 premières heures d'évolution
- Tout autre prise en charge (délai, contre indication temporaires, modalité) doit être une décision concertée et tracée



1. Défaut d'information

2. Non indication opératoire, bilan pré opératoire incomplet, erreur diagnostique

3. Défaut dans la technique opératoire

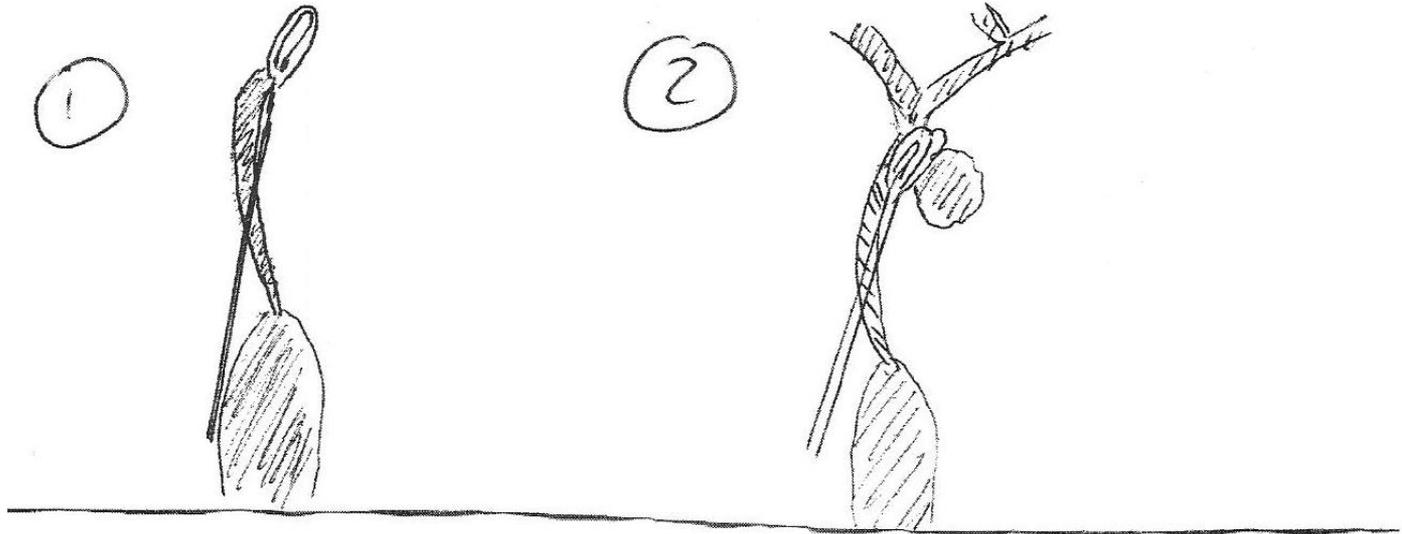
4. Retard diagnostique et de traitement de la complication

5. Infection nosocomiale sauf si cause endogène (ex fistule post opératoire)

Défaut dans la technique opératoire

- Difficile à démontrer de manière factuelle Sauf:
 - Oubli compresse ou instrument
 - Délai opératoire excessivement long
- Importance du compte rendu opératoire
- Plaie d'organe per opératoire sans facteur favorisant = maladresse?
- Problème de la cholangiographie per opératoire
 - Pièce majeure dans une expertise...
 - Est-elle formellement recommandée ?

Exp n°1 : plaie des voies biliaires – cholangiographie per opératoire faite



1^{er} cliché : absence de visualisation du canal cystique, absence d'opacification des voies biliaires au dessus de la pince. Cliché typique d'une plaie de cholédoque avec introduction d'un cathéter dans le cholédoque et fermeture de la pince sur le cholédoque empêchant la diffusion du produit de contraste vers les voies biliaires intra hépatiques.

2^{ème} cliché : pince ouverte permettant l'opacification des voies biliaires intra hépatiques avec fuite de produit de contraste autour de la pince.

Exp n°1 – Interprétation cholangiographie peropératoire erronée – calcul perte de chance

Si un drainage biliaire avait été réalisé afin de traiter une plaie des voies biliaire ou prévenir une sténose biliaire, une évolution favorable aurait pu être la suivante :

- L'hospitalisation initiale aurait été prolongée de 3 à 8 jours,
- Le drain biliaire permettant à la bile de s'écouler aurait prévenu la survenue d'une fistule post opératoire et aurait pu être retiré après cholangiographie contrôle 4 à 6 semaines après l'intervention initiale.
- Un arrêt de travail de 6 semaines aurait été prescrit.

Toutefois le drainage biliaire aurait pu être délicat, nécessitant alors une conversion laparotomie, et même si le traitement avait été optimal une évolution défavorable pouvait survenir. C'est la raison pour laquelle, le manquement décrit de la part du Docteur F. [] ne peut avoir entraîné qu'une perte de chance sur l'évolution clinique de Mme []. Cette perte de chance est importante, évaluée à 70 %.

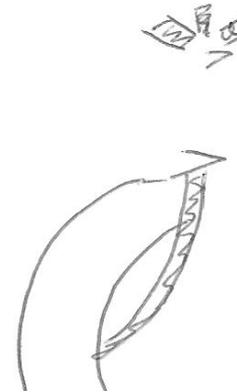
Exp n°2 : plaie des voies biliaires – cholangiographie per opératoire non faite

- Jeune femme , 1 crise de colique hépatique il y a 2 ans au décours d'une grossesse
- Cholécystectomie coelio : pas de cholangio, saignements et fuite de bile constatés en fin de cholécystectomie qui sont taris après mise en place de clip
- Ictère post opératoire précoce

ERCP



BILI IRM



?

Exp n°2 : raisonnement médico-légal

- Non respect des règles de sécurité pouvant prévenir la survenue et la gravité des lésions biliaires
 - Absence de cholangiographie per opératoire
 - Non reconnaissance formelle de l'abouchement du canal cystique à la vésicule
- Maladresse ? Vésicule normale + lésions étendues des voie biliaires
- Réponses chir
 - Pas d'indication systématique de cholangiographie recommandée dans la littérature
 - A parfaitement individualisé le canal cystique
 - L'existence d'une trifurcation biliaire a favorisé les lésions biliaires



1. Défaut d'information

2. Non indication opératoire, bilan pré opératoire incomplet, erreur diagnostique

3. Défaut dans la technique opératoire

4. Retard diagnostique et de traitement de la complication

5. Infection nosocomiale sauf si cause endogène (ex fistule post opératoire)

4. Retard diagnostique et de traitement de la complication

- Péritonite post opératoire diagnostiquée et traitée avec 24-48h de retard...
 - Perte de chance d'évolution favorable de 50%

- Décès par choc hémorragique après cholécotomie



Pas de Fautes
Accident médical non fautif

Pas de faute...Accident médical non fautif

- Complication exceptionnelle et inattendue avec préjudices important → **Etat antérieur**
 - possibilité d'indemnisation par l'ONIAM pour aléa thérapeutique
 - L'expert doit chiffrer la fréquence de la complication
 - Doit montrer que l'état antérieur n'est pas impliqué dans la survenue du dommage
- Complication connue après un acte → **Information patient**
 - Le patient était informé, connaissait le risque et avait la possibilité de se soustraire à l'acte : pas d'indemnisation
 - Manque d'information équivalent à un manquement

Les instances juridictionnelles

- Juridiction civile : TGI
- Juridiction administrative : TA
- Commissions de conciliation et d'indemnisation : CCI
SSI préjudice grave
- 80% des affaires ne vont pas en jugement de fond
- Environ 20% des dossiers instruits entraînent une indemnisation par la solidarité nationale

Indemnisations

- TA et TGI :
 - Par qui ? Assurance professionnelle du praticien ou de l'hôpital
 - SSI manquement de la part du praticien ou de l'institution
- CCI
 - Conciliation entre assureurs (si manquement)
 - Indemnisation par l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) :
 - Accident médical non fautif exceptionnel,
 - pas d'état antérieur
 - Déficit fonctionnel temporaire > 6 mois
 - Incapacité professionnelle
 - Déficit fonctionnel permanent > 25%

Conclusions

- Si le soignant n'a pas enfreint la loi, qu'il a fait une erreur, son assurance hospitalière ou civile professionnelle dédommagera le patient
- Les soignants ne sont pas à l'abri d'une erreur et doivent parfois mettre leur égo de côté....même si leur assureur ne les y aide pas forcément...
- Problème pour les praticiens après plusieurs procédures fautives....
 - En libéral, ils auront du mal à trouver une assurance et à fort coût
 - Pour les hospitaliers risque de sanction?
- Si pas d'erreur de la part de l'institution ou du soignant, possibilité d'indemnisation pour le patient moyennant une procédure en CCI. Risque de majoration du nombre de procédures? Perte de temps et d'énergie pour les soignants...