



**ACCIDENT OPÉRATOIRE : COMPLICATIONS
ATTENDUES, ALÉAS, MALADRESSES ET FAUTES
ILLUSTRATION : ACCIDENT DU PNEUMOPÉRITOINE**

Gynazur Nice 27 juin 2019

Dr Emmanuelle Pianta



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

Etudes et recommandation , point vigilance

Etude 2016 FCVD: HAS

Etude Sham 2017 : PV

Rappel juridique

Risques associés à la création du pneumopéritoine

Travail de la FCVD en partenariat avec les assureurs en 2016: étude de toutes les Réclamations par des Chirurgiens viscéraux selon une grille homogène et en confidentialité pour analyser les réclamations des patients, et les reproches des experts

Le but : améliorer les pratiques

Pertinence des actes

Information et délai préopératoires

Permanence des soins

Réactivité en cas de reprise non programmée

et au final faire baisser la sinistralité

Ce travail concernait des dossiers de chirurgie viscérale

Conclusion de ce travail :

Le temps de confection du pneumopéritoine est le temps le plus dangereux de toute intervention par coelioscopie

Dans les plaies des gros vaisseaux: l'appel au chirurgien vasculaire est incontournable

Le traitement des plaies du grêle par coelioscopie sans conversion n'est pas une bonne idée

Référentiel : l'HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2019357/fr/comment-reduire-les-risques-associes-a-la-creation-d-un-pneumoperitoine-en-chirurgie-digestive

Points clés et solutions pour la sécurité du patient, Validation mai 2016

Le document publié en 2014 a été actualisé à la suite d'un travail réalisé par l'organisme agréé de chirurgie pédiatrique (OA-Chirped). Il prend en compte les particularités de l'enfant.

Contexte de la situation à risques

La coelioscopie exige un pneumopéritoine dont la création comporte des risques spécifiques : plaies digestives et plaies vasculaires (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques). Plus de **250 000** interventions de chirurgie digestive sont réalisées en coelioscopie chaque année en France (données PMSI) et toutes ces coelioscopies nécessitent la création d'un pneumopéritoine. On peut estimer l'incidence des plaies vasculaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital à **environ 100** cas par an en France.

Analyse de la situation à risques

ont été analysés dans la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation (base REX) par des chirurgiens de l'organisme agréé de chirurgie viscérale et digestive. L'analyse de ces EIAS ainsi qu'une analyse de la littérature a permis à la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) de proposer, en partenariat avec la HAS, une solution pour la sécurité des patients.

Comment réduire cette situation à risque ?

Faute de pouvoir choisir entre les 2 techniques de création du pneumopéritoine (technique ouverte et technique fermée), la solution pour la sécurité des patients proposée permet de gérer des risques propres à chaque technique ;

Connaître pour chaque technique les moyens (barrières) qui permettent d'agir sur la prévention, la récupération et l'atténuation (cf. texte détaillé de cette solution pour la sécurité du patient).

Détail de l'étude Sham

Dossiers de gynéco ou de chir digestive : échantillonnage de dossier de coelio avec un accident du pneumopéritoine

Complication vasculaire ou autre ,
quelque soit la technique ouverte ou fermée

Quelque soit la plainte amiable, CCi ou judiciaire, voire pénale
(3 dossiers avec des patients décédés sur table de plaie vasculaire)

Echantillonnage aléatoire et étude de l'évolution juridique et assurantielle de ces dossiers pour typer les manquements retenus par les experts.

On retenait une certaine hétérogénéité dans la qualification fautive de l'accident, néanmoins la traçabilité du respect des recommandations HAS permettait de s'en exonérer ; d'où la rédaction du PV 11 :

**Point Vigilance N°11 / février 2017****Les accidents de pneumopéritoine**

Visé par la

Fédération de Chirurgie
Viscérale & Digestive

Les médecins conseils Sham ont traité plusieurs dossiers de demande d'indemnisation, certains dans un cadre pénal, pour des accidents parfois mortels, lors de la mise en œuvre d'une procédure de coelioscopie, et plus particulièrement lors de la réalisation du pneumopéritoine.

La HAS en partenariat avec la FCVD¹ et l'OACHirped² a diffusé en mai 2016 la SSP (Solutions pour la Sécurité du Patient)³ : « Points clés et solutions pour la sécurité du patient : Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive »

Il apparaît que les experts judiciaires ou CCI qui sont intervenus dans nos dossiers ont retenu une responsabilité du praticien ou de l'établissement, du fait de :

- L'absence de manœuvre dite de sécurité lors de l'incision de la paroi, lors de l'introduction de l'aiguille ou du trocart, quelle que soit la technique ouverte ou fermée.
- L'absence de conversion rapide et adaptée en laparotomie médiane alors que la complication est reconnue ou suspectée, qu'elle soit digestive ou vasculaire.
- L'absence d'appel d'une aide complémentaire compétente, chirurgien vasculaire ou digestif.
- L'absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur en salle d'opération au moment de l'initiation de la procédure chirurgicale.

Notre expérience Sham montre que lorsque les points clés de la SSP³ sont respectés, la responsabilité de l'établissement ou du praticien n'est pas retenue.

1 - FCVD : Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive;

2 - OACHirPed : Organisme Agréé en Chirurgie Pédiatrique;

3- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2019357/fr/comment-reduire-les-risques-associes-a-la-creation-d-un-pneumoperitoine-en-chirurgie-digestive

Bien plus qu'un assureur,
Sham est le partenaire de la prévention et la gestion de vos risques.

Les médecins conseils Sham ont traité plusieurs dossiers de demande d'indemnisation pour **des accidents parfois mortels, lors de la mise en œuvre d'une procédure de coelioscopie, et plus particulièrement lors de la réalisation du pneumopéritoine.**

La HAS en partenariat avec la FCVD¹ et l'OAchirped² a diffusé en mai 2016 la SSP (Solutions pour la Sécurité du Patient)³ : « Points clés et solutions pour la sécurité du patient : Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive »

Il apparaît que les experts judiciaires ou CCI qui sont intervenus dans nos dossiers ont retenu une responsabilité du praticien ou de l'établissement, du fait de:

- L'absence de manœuvre dite de sécurité lors de l'incision de la paroi, lors de l'introduction de l'aiguille ou du trocar, quelle que soit la technique ouverte ou fermée.
- L'absence de conversion rapide et adaptée en laparotomie médiane alors que la complication est reconnue ou suspectée, qu'elle soit digestive ou vasculaire.
- L'absence d'appel d'une aide complémentaire compétente, chirurgien vasculaire ou digestif.
- L'absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur en salle d'opération au moment de l'initiation de la procédure chirurgicale.

Notre expérience SHAM montre que lorsque les points clés du SSP³ sont respectés la responsabilité du praticien n'est pas retenue.

Rappel juridique

- **Rappel du régime de la responsabilité civile médicale**
- **L'appréciation de la faute technique par le juge**
- **L'indemnisation de l'aléa thérapeutique**

L'appréciation de la faute technique par le juge

- **La faute s'apprécie au regard :**
 - **des bonnes pratiques, des règles de l'art médical et des données acquises de la science à l'époque des faits**
 - **des précautions prises par le chirurgien dans la réalisation de l'intervention**
 - **de la difficulté de l'intervention**

Le régime de la responsabilité civile médicale

➤ Article L1142-1 du CSP:

Les établissements et les professionnels de santé
« *ne sont responsables des conséquences
dommageables d'actes de prévention, de
diagnostic ou de soins **qu'en cas de faute*** »

= **Obligation de moyens** et non de résultat

La RC pour faute

Faute

Lien de causalité
direct et certain

Dommage

L'appréciation de la faute technique par le juge judiciaire

« l'atteinte, par un chirurgien, à un organe ou une partie du corps du patient que son intervention n'impliquait pas, est fautive, en l'absence de preuve, qui lui incombe, d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de la survenance d'un risque inhérent à cette intervention qui, ne pouvant être maîtrisé, relèverait de l'aléa thérapeutique » (Cass. 1ère civ. 20/03/2013 N°12-13900)

L'appréciation de la faute technique par le juge judiciaire

- En résumé, dès lors qu'un organe non visé par l'intervention est lésé, la faute du chirurgien sera retenue sauf en cas :
 - d'anomalie rendant l'atteinte inévitable
 - de risque inhérent à l'intervention et ne pouvant être maîtrisé..... : comprendre : Sous réserve du respect des recommandations

la maladresse : un terme impropre

- Maladresse = faute ?
- Maladresse = aléa ?

~~MALADRESSE~~

**=> MANQUEMENT/ACTE CONFORME
AUX REGLES DE L'ART MEDICAL**

En synthèse

RC pour faute technique

Le juge administratif : appréciation de la faute au regard des données acquises de la science à l'époque des faits, des précautions prises par le chirurgien dans la réalisation de l'acte, de la difficulté de l'intervention

Le juge judiciaire : une appréciation stricte

- ⇒ Obligation de quasi résultat en cas de lésion d'un organe non visé
- ⇒ Exonération uniquement en cas d'anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de risque inhérent à l'intervention et ne pouvant être maîtrisé

l'indemnisation de l'aléa thérapeutique

- pas de RC de l'établissement ou du professionnel
- dommage imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (à compter du 5 sept 2001)
- conséquences anormales au regard de l'état de santé du patient et de son état prévisible :
 - ⇒ Disproportion entre l'état actuel du patient et l'évolution prévisible de l'état antérieur
 - ⇒ Fréquence
- caractère de gravité :
 - ⇒ AIPP > 24%
 - ⇒ Arrêt de travail ou DFT \geq 50% pendant au mois 6 mois
 - ⇒ Inaptitude définitive à exercer son activité pro
 - ⇒ TCE particulièrement graves



www.sham.fr