

## Problèmes posés par les expertises d'événements infectieux devant les juridictions civiles, administratives ou pénales

I. Szmukler

Expert auprès de la cour d'Appel de Paris, 22 ter, rue Legendre, 75017 Paris.

Correspondance : I. SZMUKLER, voir adresse ci-dessus.

e-mail : i.antioche@yahoo.fr

### Résumé/Abstract

#### Problèmes posés par les expertises d'événements infectieux devant les juridictions civiles, administratives ou pénales

I. Szmukler

**Objectif.** La judiciarisation dans le domaine médical atteint actuellement un sommet et n'épargne aucun professionnel de santé. Différentes juridictions peuvent être saisies par les plaignants. La majorité des cas aboutit à innocenter le médecin poursuivi, mais durant plusieurs années, il est l'objet de tracasseries qui perturberont son exercice professionnel et son équilibre psychique.

**Matériel et méthodes.** L'expérience de l'auteur et des exemples pertinents permettront au lecteur de saisir la profondeur du sujet et son approche juridique.

**Résultats.** Quelle que soit la rigueur des médecins dans leur exercice, des fautes sont régulièrement retenues. Elles feront l'objet d'indemnisation en matière civile par les compagnies d'assurances qui ne vous réassuront probablement pas ; les primes deviendront exorbitantes pour le praticien fautif. Des condamnations pénales peuvent être prononcées qui sont susceptibles d'entraver votre exercice professionnel.

**Discussion.** La compagnie d'assurance vous fournira un avocat pour vous défendre en compagnie de praticiens médicaux instruits et ayant l'expérience expertale. Rien n'est joué d'avance et tout reste fonction de l'impartialité et de la qualité de l'expert. Vous pouvez toujours faire appel d'un jugement à la suite du rapport d'expertise, s'il ne vous est pas favorable, mais c'est au magistrat de décider en fonction de la clarté du rapport et de sa pertinence : il emportera ou non la conviction du tribunal pour la décision d'une contre-expertise. Les avocats feront valoir leur point de vue, qui sera suivi ou non. Mettre le doigt dans l'engrenage judiciaire est fort désagréable en raison de sa durée et de ses revirements inattendus.

**Mots-clés :** Tribunal de grande instance, tribunal administratif, tribunal correctionnel, cour d'appel, rapport d'expertise, mission, dire à expert, médecin-conseil de compagnie d'assurance.

#### Judicial, administrative or penal problems in the context of infectious events

I. Szmukler

**Objective.** The judiciarisation in the medical field currently reaches a top and does not preserve any professional of health. Various jurisdictions can be seized by the plaintiffs. The majority of cases lead to clear the prosecuted doctor, but during several years he is the object of annoyances which will disturb his professional exercise and its psychological stability.

**Material and methods.** The experience of the author and the relevant examples will make it possible to the reader to seize the depth of the subject and its legal approach.

**Results.** Despite the quality of physician's exercise, nevertheless, faults are regularly retained which will be the object of compensation out of civil matter by the insurance companies (they will probably not reinsure you) and the premiums will become exorbitant for the faulty expert. Penal judgments can be marked and are likely to block your professional exercise.

**Discussion.** The insurance company will provide you a lawyer to be your defendant in association with educated medical experts having expertal experience. Nothing is played in advance and remains function of the impartiality and the quality of the expert. You can always make

### Introduction

Un « vent de folie » souffle aujourd'hui sur le monde médical à cause de l'accroissement vertigineux des plaintes en tous genres mettant en cause la responsabilité du médecin et/ou de l'hôpital, des établissements de soins publics ou privés. La confiance, jadis quasi aveugle des malades vis-à-vis de leurs médecins traitants s'est considérablement amenuisée, voire a aujourd'hui quasiment disparu. Cela n'est pas sans lien avec la disparition du « médecin de famille » généraliste, que l'état a choisi de remplacer par le médecin traitant ou référent encadré. On ne saurait non plus négliger le rôle néfaste de certaines émissions télévisées, souvent mal informées et simplificatrices, qui offrent au public une image déformée du médecin et de la médecine, empreinte au premier chef de culpabilité. Que survienne un accident, une complication en milieu hospitalier, quel que soit le problème, le premier réflexe est d'incriminer le médecin et l'hôpital. Le principe fondamental prônant que « tout homme est innocent tant qu'un tribunal ne l'a pas reconnu coupable » ne s'appliquerait donc pas au médecin !

### Infections et juridictions

Les réflexions qui suivent sont fondées sur l'expérience de près de dix années d'expertises judiciaires, après désignation de l'auteur par différentes juridictions, au cours de litiges soulevés par des patients ou des familles mécontentes des suites d'une prise en charge médicale.

Historiquement, avant l'apparition de la notion d'« infection nosocomiale », les plaintes, plus rares qu'aujourd'hui,

appeal of one judgement following the expert report if it is not favourable: but it remains to the magistrate to make the decision according to the clearness of the report and its relevance, which will carry or not the conviction of the court for the decision regarding the expertise. The lawyers will put forward their point of view which will be followed or not. To put the finger in the legal gears is extremely unpleasant by duration and unexpected reversals.

**Key words:** Court of great instance, administrative court, correctional court, court of appeal, expert report, mission, statement with expert, doctor council of insurance company.

*Antibiotiques* 2007 ; 9 : 151-5

© 2007. Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

étaient confiées soit à des médecins légistes, soit aux chirurgiens chargés des interventions suivies de complications infectieuses. Sans déconsidérer la valeur et l'expérience des médecins légistes et des chirurgiens, les connaissances spécifiques des médecins infectiologues, associés aux microbiologistes, sont plus à même de répondre aux questions suscitées par l'émergence d'un processus infectieux. Ces derniers sont instruits des mécanismes techniques, épidémiologiques et immunologiques expliquant l'apparition d'une infection. Ils ont des connaissances indispensables pour expliciter et contrôler l'émergence d'un processus infectieux.

suites opératoires ou médicales chez un patient hospitalisé en public ou en privé, relevait nécessairement et incontestablement du concept juridique d'infection nosocomiale, attribué désormais à tous types d'infections acquises à l'hôpital [2].

### Revoir les définitions

Il conviendra, dans le contexte juridique, de redéfinir le processus infectieux émergent et de préciser les circonstances et l'aspect parfois inévitable de l'émergence infectieuse pour tout patient alité dans un service de réanimation, pour lequel les gestes invasifs sont incontournables, motivés par son état, et donc non fautifs.

Toujours sur le plan des définitions, il convient d'individualiser les modes d'apparition d'un mécanisme infectieux en précisant la part qui revient à certains sujets, susceptibles de présenter une infection (facteurs de risque), alors que d'autres patients subissant les mêmes conditions en seront indemnes. Ceci s'inscrit dans une perspective d'inégalité face aux cancers ou aux processus infectieux [2].

### Les choix juridiques

En cas de handicap consécutif à des soins, voire de décès d'un patient, le demandeur a le choix entre une action pénale et une action civile :

— une plainte pénale, à laquelle même un chef de service ne peut échapper, peut parfaitement altérer sa vie durablement, et ce même s'il sort « blanchi » ;

— la procédure civile, mettant en cause le geste médical, a un impact moins lourd sur le médecin en ce qui concerne son image, mais reste pesante sur le plan financier où, compte tenu de l'accroissement des actions en responsabilité civile, les compagnies d'assurances ne cessent d'opposer des réserves et d'augmenter les primes.

En moyenne, une procédure peut s'étaler sur une dizaine d'années et faire passer à chaque médecin concerné des moments forts désagréables, même s'il n'a rien à se reprocher [3].

### La faute médicale

Il convient de rappeler qu'aucun procès qui ne soit fondé sur une faute médicale manifeste ne doit donner lieu à sanction. L'excès dans ce domaine commence à frapper sévèrement en France et les Français s'engagent de plus en plus dans une judiciarisation à outrance inspirée des États-Unis : la différence est qu'il n'y a pas la négociation amiable, transaction privée qui sert de modérateur aux États-Unis. Il faut souligner qu'il est dans la mentalité américaine de tenter de trouver des compromis alors que cette procédure n'est pas encore présente dans le comportement français, particulièrement dans celui des compagnies d'assurance en responsabilité civile (RC) : celles-ci tentent le plus souvent d'opposer des réserves en cas de mise en cause de la responsabilité de leurs assurés pour éviter au maximum de payer [4].

### L'expert : une sorte de policier enquêteur

L'expert médical judiciaire est certes d'abord un médecin... qui peut aussi se retrouver un jour de l'autre côté de la barrière ! Il devient ainsi une sorte d'enquêteur et de « police des polices » qui est là pour enquêter, démêler et révéler l'enchaînement des faits et circonstances qui ont abouti au handicap voire au décès d'un patient. L'expert est celui qui par ses connaissances mais aussi sa pratique du terrain de médecin au quotidien, va évaluer, mesurer, analyser ce qui s'est passé, estimer si les règles de l'art ont été respectées au regard des informations scientifiques au moment des faits : il pourra alors donner son avis sur l'existence ou non d'une faute ouvrant droit à réparation. L'expert est là pour éclairer le magistrat s'il s'agit d'une procédure contentieuse ; mais il pourrait aussi, en amont, conseiller le patient et l'avocat sur l'ouverture d'une procédure, voire d'une négociation avec la compagnie d'assurance en RC, dans la mesure où il est indépendant et donc

### L'infection nosocomiale : une hérésie étymologique ?

La définition d'infection « nosocomiale », selon le terme juridique, entend : *émergence d'une complication infectieuse survenant à la suite d'une hospitalisation dont la durée est supérieure à quarante-huit heures*. Il est à noter que la racine grecque du terme nosocomial, (nosocomeion : νοσοκομειον) qui signifie hôpital, incrimine par définition l'établissement hospitalier et son fonctionnement. Cette notion implique donc une faute et sous-entend une culpabilité médicale, culpabilité probablement sournoisement préexistante dans l'ensemble du corps médical [1].

### Judiciarisation

Cet état sert de tremplin à de nombreux avocats, béotiens en matière médicale, qui suscitent des procédures devant les tribunaux à la faveur de demandes de la part de patients ou de familles en mal de trouver un responsable à leur malheur.

De nombreux avocats en recherche d'activité se sont spécialisés dans cette voie, pensant, à tort ou à raison, qu'une infection surgissant dans les

non inféodé à cette dernière (il ne faut pas confondre l'expert judiciaire et l'expert de la compagnie d'assurance ou le médecin-conseil de cette dernière).

L'expert en maladie infectieuse possède une vision globale du malade et de son contexte propre, qui lui permet de détecter les manœuvres éventuelles ayant favorisé l'infection, voire les « fautes » du médecin, du personnel du service en cause. La notion d'infection, de complication infectieuse est particulièrement délicate : quel est l'élément déclencheur de l'infection ? Quel peut être le mécanisme de propagation des agents bactériens infectants ? À ce stade, le médecin expert tente d'expliquer que l'émergence infectieuse est le fondement du débat de l'expertise : pour expliciter la source d'une procédure, il faut aussi souligner les difficultés du dialogue entre patient et médecin chaque fois qu'un problème de type infectieux n'a pu être résolu ou chaque fois qu'une aggravation et un risque vital sont intervenus suite à un processus infectieux.

À travers quelques cas d'expertise judiciaire, on pourra démontrer la fragilité du concept d'infection nosocomiale et la nécessité de la recherche d'une définition plus adaptée.

### Pour une nouvelle définition de l'infection nosocomiale

Un hôte et un micro-organisme se rencontrent ; ce dernier peut parfaitement faire partie de la flore commensale, physiologique de l'organisme : l'organisme humain coexiste en symbiose avec ces micro-organismes (bactéries, levures) qui ont colonisé physiologiquement dès la naissance tous les sujets humains, ces flores contribuant à parfaire l'immunité. La définition d'un processus infectieux étant posée, il convient d'explicitier les mécanismes d'émergence de l'infection. Pour le praticien médical, il s'agit d'une rupture de l'équilibre entre les mécanismes immunitaires et les micro-organismes contrôlés par l'immunité spécifique vis-à-vis de ces micro-organismes. Il reste à rechercher les sources exogènes de bactéries de l'environnement hospitalier et leur mode de transmission.

### De l'infection inévitable à la fausse faute médicale en exemples

#### EXEMPLE N° 1

Le premier exemple concerne un skieur victime d'un accident. Une fracture du tibia et du péroné amène à procéder à une prise en charge dans les règles de l'art, dans un établissement de la station spécialisé dans ce type de fracture. Un enclouage classique avec une antibio-prophylaxie et un nettoyage complet à la bétadine précèdent l'acte chirurgical proprement dit.

Sorti au bout de 7 jours d'hospitalisation et revenu dans la région parisienne d'où il est originaire, les suites initiales simples vont, dès la troisième semaine, se compliquer d'une infection avec pus qui va sourdre par l'orifice du point de pénétration du clou de réduction et par tous les points de suture.

Le patient est rapidement repris en charge par le service d'orthopédie du centre hospitalier où il réside. Après ablation du matériel et mise en culture de tous les prélèvements issus de l'os et du matériel retiré, on procède à la mise en place d'un fixateur externe qui permettra d'obtenir, sous couvert d'une antibiothérapie adaptée, la consolidation sans séquelle en 3 mois.

Quelques mois plus tard, en sachant que les plaignants peuvent saisir la justice jusqu'à 30 ans après le litige, une plainte est déposée contre le centre hospitalier devant le tribunal administratif, comme il se doit pour infection nosocomiale. Parmi les associations regroupant des patients, « Lutte information études des maladies nosocomiales » (LIEN) le soutient dans cette démarche en toute ignorance des mécanismes intimes du processus infectieux, mais en montrant du doigt le coupable à savoir l'établissement chirurgical de la station de sport d'hiver.

En fait, il n'était pas question d'infection nosocomiale : le micro-organisme isolé sur tous les prélèvements était un micro-organisme endogène, issu de la plaque dentaire, dénommé *Actinomyces viscosus*. Chez ce patient grand fumeur à l'hygiène dentaire négligée, à la faveur du traumatisme avec ou sans plaie gingivale, ce micro-organisme a été à l'ori-

gine d'une bactériémie qui a ensemencé le foyer de fracture. Il n'y avait donc pas eu d'infection nosocomiale mais un processus infectieux *sui generis* qui s'était développé à la suite de l'accident lui-même et non de l'hospitalisation. Il n'y avait eu ni négligence, ni imprudence, ni faute de l'établissement hospitalier de la station de sport d'hiver. La plainte a été annulée.

#### EXEMPLE N° 2

Un jeune patient, revacciné par son médecin généraliste au moyen d'un vaccin DT Polio, va développer dans les jours qui suivent un état de méningo-encéphalite fébrile accompagné d'une diarrhée.

Une quinzaine de jours vont s'écouler en réanimation avant d'établir le diagnostic dont le traitement spécifique permettra, en moins de 48 heures, la disparition du coma et la récupération motrice progressive de tous les membres avec rétablissement normal de toutes les fonctions cérébrales.

Toutes les recherches bactériologiques, virales et fongiques ont permis d'identifier une sérologie positive pour *Campylobacter jejuni* dont la littérature retrouve le rôle potentiel non seulement dans le syndrome de Guillain Barré mais également dans des méningo-encéphalites.

Plusieurs mois se sont écoulés et le médecin généraliste ayant procédé à la vaccination par le DT Polio (la littérature ne retrouve aucun cas de complication à type de méningo-encéphalite consécutif à ce vaccin) est l'objet de poursuites judiciaires qui lui feront perdre du temps, l'angoisseront, mobiliseront le médecin-conseil et les avocats de sa compagnie d'assurance professionnelle. Il sera « blanchi » à la suite de l'expertise judiciaire.

En fait, on note l'absence d'explication donnée par le CHU à la « victime », la suspicion laisse planer une possibilité de réaction vaccinale ou post-vaccinale alors que le jeune homme était en réalité en cours d'incubation à bas bruit d'une intoxication alimentaire à *Campylobacter jejuni* à la suite d'un repas administré dans un restaurant.

Le manque de communication et la complexité apparente du problème ont engendré une poursuite du praticien de ville, pourtant exempt de toute respon-

sabilité. Une meilleure collaboration entre la ville et l'hôpital aurait permis de formuler la plus vraisemblable des hypothèses et d'éviter des suspicions ayant entraîné une procédure.

En marge de cette affaire, on retrouve un avocat ignorant des infections nosocomiales, nourri de connaissances mal appliquées, d'une jurisprudence qui a entraîné ses clients dans une procédure fort chère. L'aide positive de l'expert a cependant permis aux demandeurs d'obtenir une aide juridictionnelle totale pour les frais d'expertise.

### Des cas où la responsabilité médicale existe véritablement : rôle de l'expert

#### EXEMPLE N° 1

Une enfant de 3 mois fait l'objet d'une vaccination classique et obligatoire par le vaccin ROR. Le point d'injection se résorbe mal et plusieurs mois plus tard un abcès se développe et persiste, malgré différents moyens de drainages locaux. Après plusieurs mois d'évolution, une ostéite du bassin est diagnostiquée avec une biopsie osseuse dont le diagnostic permettra de comprendre cette évolution à la suite d'une simple vaccination par le ROR.

Le résultat de l'histologie parviendra bien sur le bureau du chef de service, lui-même expert près d'une cour d'appel. Cependant, c'est là que commence la faute, car le résultat d'histologie sera classé sans être lu ou sans qu'il n'interpelle son ou ses lecteurs.

Six mois plus tard, une nouvelle biopsie confirmera le premier diagnostic. C'est seulement à cette période que commencera le traitement spécifique par chimiothérapie. Il permettra une rémission partielle suivie d'une rechute. Le temps perdu avant l'administration du traitement adapté a engendré secondairement une résistance et un premier échec thérapeutique nécessitant une chimiothérapie plus intensive.

En fait, le diagnostic d'histiocytose langhériensienne posé dès le premier résultat histologique n'a pas été lu, ou négligé et rangé dans le dossier sans plus d'information. Le traitement adéquat a alors été différé de 6 mois par négligence, ce qui entraîna le premier échec

thérapeutique. Dans ce cas précis, le retard de la prise en charge adéquate revient au médecin, chef de service.

Dans cette affaire ont été poursuivis, à tort, le médecin généraliste et l'industriel pharmaceutique appelé par l'assureur du médecin pour une maladie orpheline congénitale qui se serait révélée après n'importe quel contact antigénique ; aucune faute médicale n'était à mettre à la charge du médecin généraliste, mais il n'en était pas de même pour le chef de service qui a fait subir au patient une prise en charge retardée, ce que fera ressortir l'expertise.

#### EXEMPLE N° 2

Ce second exemple est issu d'une affaire pénale, puisqu'il y a eu mort d'homme. Un joueur de football antillais est victime de son activité sportive et se retrouve avec une rupture méniscale interne d'un genou.

L'intervention est pratiquée sous rachianesthésie dans un établissement spécialisé dans le genou et par l'arthroscopiste, qualifié et expérimenté : les suites immédiates de l'intervention sont simples. Le patient retourne à son domicile le soir même, les effets de la rachianesthésie s'étant complètement dissipés.

La nuit qui suit, vers 4 heures du matin, le patient est pris de violents maux de tête et de vomissements ; le médecin de garde appelé diagnostique un syndrome méningé conduisant à une hospitalisation immédiate. La ponction lombaire met en évidence un liquide purulent avec une glycorachie nulle et une hyperprotéinorachie : la bactériologie isole une souche de pneumocoque. Le traitement, en évoquant l'hypothèse d'une souche de sensibilité diminuée, est l'administration d'une association céfotaxime + vancomycine. Six heures plus tard, après un nouveau contrôle du LCR, on note une stérilisation bactérienne ; cependant un coma s'est installé et un œdème cérébral entraîne une décébration.

Devant l'issue fatale chez un sujet d'une quarantaine d'années, une demande de prise de greffe sollicitée et demandée dans ces circonstances tragiques va conduire aux classiques recherches immunitaires nécessaires avant de procéder aux prélèvements.

La solution du litige apparaît flagrante avec la découverte d'une infection à HTL-V1 ; celle-ci a été à l'origine d'une dysimmunité des immunoglobulines, responsable d'une incapacité d'opsonisation des Ig2 permettant ainsi au pneumocoque endogène, probablement introduit à la faveur de la rachianesthésie dans le liquide céphalorachidien immunitairement perturbé, de se développer causant outre la méningite, l'œdème cérébral et la décébration fatale.

Dans ce cas précis, l'aspect aléatoire est le fait du terrain même du sujet.

Il a fallu à l'expert expliquer à la veuve que le virus HTL-V1 est sexuellement transmissible et qu'il serait utile de procéder à des explorations sur sa personne.

#### EXEMPLE N° 3

Ce cas montre que le travail de l'expert rejoint souvent celui d'une enquête policière.

Un patient victime d'une chute d'un toit est hospitalisé dans un centre hospitalier pour une fracture d'un plateau tibial. Il est mis en extension par un brochage transcalcaneen et sous perfusion d'héparine pour antécédents de phlébites. Compte tenu de son alitement, il aura au bout de 20 jours des signes de thrombose artérielle avec un pied froid ; celui-ci sera « réchauffé » par les infirmières à l'aide d'un séchoir électrique ! Et ce avant de penser à un accident thrombotique artériel qui sera de justesse désobstrué par un chirurgien vasculaire du privé. L'ensemble des faits aura aggravé l'ischémie du foyer de fracture qui sera l'objet d'une infection avec un germe endogène.

Le chirurgien vasculaire a d'abord été poursuivi pour infection nosocomiale sur les conseils de l'avocat consulté, après deux expertises qui ont orienté la responsabilité sur le chirurgien : celui-ci a pourtant sauvé les membres inférieurs du patient à la suite de la thrombose aorto-fémorale.

À l'examen des pièces médicales plus que volumineuses, puisqu'au nombre de 400, l'expert découvre que durant les 20 jours d'hospitalisation au centre hospitalier, alors que le patient était sous héparine, aucun contrôle plaquettaire n'avait été pratiqué au moment de la surveillance classique. Un aléa théra-

peutique, qui aurait pu être retenu en cas de bonne surveillance, devenait ainsi une faute caractérisée. Les conséquences à la fois vasculaires et infectieuses par aggravation de l'ischémie du foyer de fracture étaient tout simplement le fait d'une faute grave de surveillance dont l'établissement et les praticiens qui avaient la charge du patient ont dû endosser l'entière responsabilité.

## Conclusion

L'expertise médicale en général et l'expertise en matière infectieuse, plus spécifique, permettent le plus souvent un éclairage impartial de l'expert et réenclenchent la communication entre médecin et malade et/ou médecin et famille du malade. Certains disent qu'il est toujours facile de critiquer *a posteriori* : l'expert doit se replacer au moment des faits et analyser les décisions

prises au regard des connaissances de la survenue des faits. En matière de maladies infectieuses, l'expert doit aussi toujours avoir à l'esprit les aléas thérapeutiques dus au patient lui-même. Cependant, ces difficultés liées à la responsabilité médicale et à sa fréquente mise en cause ne doivent pas pour autant entraîner les médecins à récuser des patients à haut risque, afin de ne pas être confrontés aux poursuites en cas d'incident ou d'accident.

## Pour mémoire : les frais d'expertise

Une expertise a une valeur moyenne de 5 000 à 6 000 euros : elle n'est pas toujours payée à son juste coût. La première provision, le plus souvent à la charge du demandeur, est en générale fixée entre 1 000 et 1 500 euros par les magistrats. Elle peut être prise en charge par l'aide juridictionnelle lorsque les

moyens du demandeur, ou plutôt son manque de moyens, lui permettent d'y accéder.

Une expertise demande de 30 à 60 heures minimum de travail entre l'étude des pièces, l'envoi des pièces aux parties, les rendez-vous d'expertise, la rédaction du rapport préliminaire, la réception des dires des avocats et le rapport final.

## Références

1. HUREAU J dir. Colloques médico-juridiques de la CNEM. Rencontres de l'expertise. *Experts* 1999.
2. VEYSSIER P, DOMART Y, LIEBRE AM. Infections nosocomiales. 2<sup>e</sup> édition. Paris, Masson, 1998.
3. LUCAS BALOUP. Infections nosocomiales : 40 questions sur les responsabilités encourues. Paris, Éditions SCROF, 1997.
4. *La revue française du dommage corporel*. Paris, J.-B. Ballière éditeur.