

Revue de 90 procédures d'expertises médico-légales concernant la chirurgie bariatrique, demandées par les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI)

Review of 90 Medico-Legal Expertise Procedures Concerning Bariatric Surgery, Requested by the Conciliation and Compensation Committees (CCI)

Philippe Hubinois

16, rue Picot 75116 Paris.

Résumé

L'analyse des causes de saisine des CCI, à la suite de procédures bariatriques, a pour objectif ici de départager les accidents médicaux non fautifs (aléas) et ceux qui font suite à une prise en charge non conforme aux recommandations des sociétés savantes (accidents fautifs). Le respect des règles doit permettre de diminuer la fréquence des accidents et donc des contentieux médicaux en la matière.

Une revue rétrospective de 90 procédures d'expertises médicales, de 2014 à 2018, pour les Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), par le même praticien, a été réalisée.

L'analyse des complications donnant lieu à la saisine des Commissions montre que, dans les deux tiers des cas, il s'agit d'accidents médicaux non fautifs et, dans le dernier tiers, d'accidents médicaux fautifs. La typologie de ces accidents est précisée.

La série permet de rappeler que la chirurgie bariatrique est une chirurgie lourde, pour laquelle un bilan pré opératoire prolongé s'impose, faisant appel à de multiples spécialistes. L'indication opératoire ne doit être posée qu'en cas d'échec de la prise en charge médicale, après une information aussi exhaustive que possible des patients. Un suivi post opératoire rigoureux est nécessaire, compte tenu du raccourcissement actuel des durées d'hospitalisation et de la gravité des éventuelles complications, sur ce terrain particulier.

Mots-clés

- ◆ Obésité
- ◆ Chirurgie bariatrique
- ◆ Accidents médicaux
- ◆ Information
- ◆ Bilan pré opératoire
- ◆ Suivi post opératoire
- ◆ France

Abstract

Aim of the study: this analysis of the causes of referral to CCIs, following bariatric procedures, aims to distinguish between non-faulty medical accidents (contingencies) and those following treatment not in accordance with the recommendations of learned societies (culpable accidents) Compliance with the rules should make it possible to reduce the frequency of accidents and therefore medical disputes in this area.

Material and methods: the author carried out the retrospective review of a series of 90 medical expertise procedures, carried out in 5 years, from 2014 to 2018, for the Conciliation and Compensation Commissions (CCI), by the same practitioner.

Results: the analysis of the complications giving rise to the referral to the Commissions shows that, in two thirds of the cases, they are non-faulty medical accidents and, in the last third, faulty medical accidents. The typology of these accidents is specified.

Conclusion: the series makes it possible to recall that bariatric surgery is a major surgery, for which a prolonged preoperative assessment is necessary, calling on multiple specialists. The operative indication should only be asked in the event of failure of the medical care, after as exhaustive information as possible. Rigorous postoperative follow-up is necessary, given the current shortening of hospital stays and the seriousness of any complications, in this particular area.

Keywords

- ◆ Obesity
- ◆ Bariatric surgery
- ◆ Medical accidents
- ◆ Information
- ◆ Preoperative assessment
- ◆ Post-operative follow-up
- ◆ France

Correspondance

Philippe Hubinois - Chirurgie viscérale et digestive

16, rue Picot 75116 Paris.

E-mail : phubinois@gmail.com

Soixante mille procédures de chirurgie bariatrique ont été réalisées en France en 2018, contre environ 15.000 une dizaine d'années auparavant. La France se classe au troisième rang mondial pour cette chirurgie, près de 1 % de la population française en a bénéficié. Il s'en est suivi une multiplication des saisines des tribunaux et des commissions de conciliation et d'indemnisation, quand surviennent des « accidents médicaux ». La morbi-mortalité de la chirurgie bariatrique ne cesse de diminuer (1,2), mais il persiste des accidents graves. Un respect strict des recommandations (pour les indications opératoires et les techniques), un suivi post opératoire très rigoureux des patients (3), à l'heure du raccourcissement des hospitalisations souhaité par les tutelles, doivent permettre de diminuer le nombre des procédures contentieuses. Cette série rétrospective de 90 procédures d'expertise médicale en CCI se propose d'analyser les complications rencontrées, au regard du respect ou du non-respect des règles en la matière.

Matériel et méthodes

Suite à la loi du 4 mars 2002, la France a mis en place des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, encore appelées CCI. Les Commissions peuvent être saisies par les demandeurs qui, à l'occasion d'un acte de soins, de diagnostic ou de prévention, estiment avoir pâti d'un accident médical (qu'il soit, in fine, jugé fautif ou non fautif), d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale. La particularité de la saisine des CCI réside dans le fait que ces Commissions, après étude du dossier par leurs juristes et recueil d'un avis expertal, émettent un avis, et non pas un jugement comme c'est le cas pour les tribunaux judiciaires et administratifs. Toute partie à la cause, demandeur et/ou défendeur, insatisfaite de l'avis émis par la CCI, peut ester en justice, pour obtenir l'avis d'un tribunal. La saisine des CCI et des tribunaux peut être simultanée ou successive. Une autre particularité des missions en CCI est qu'elles sont, dans plus de 50 % des cas, réalisées à deux (et parfois même plus) experts, de spécialités différentes. Un tel collège d'experts a permis de ne pas s'en tenir au seul aspect chirurgical de la prise en charge des patients bariatriques, sachant que la chirurgie s'intègre à une prise en charge multidisciplinaire. Dans cette série, un chirurgien (le même pour les 90 expertises) a donc été associé à un ou plusieurs autres experts (réanimateur, anesthésiste-réanimateur, neurologue, etc.), en fonction du contexte et des complications observées.

Généralités, statistiques globales

La série comporte :

- 19 hommes (21 %) et 71 femmes (79 %) ;
- 42 sleeves gastrectomies (SG), 24 by pass gastriques (BPG) et 24 anneaux gastriques (AG).

Ces premiers chiffres témoignent :

- d'une représentation plus importante des femmes par rapport aux hommes, parallèle au nombre plus élevé de procédures bariatriques réalisées chez elles ;
- de la prévalence, entre 2014 et 2018, du choix par les chirurgiens bariatriques français des procédures de sleeve gastrectomy par rapport aux by pass et aux anneaux gastriques. On observe en effet dans la série étudiée presque deux fois plus de sleeve gastrectomies que d'anneaux ou de by pass, ces deux dernières procédures y étant représentés en nombre égal.

Le taux d'accidents médicaux rencontré après chacune de ces trois procédures devait, de ce fait, avant de pouvoir représenter un marqueur différentiel du pouvoir accidentogène des procédures, être relié au nombre de cas de chacune des trois procédures principales réalisées dans cette série.

La diminution des procédures d'anneaux gastriques, observée ces dernières années, peut-être en raison de résultats, à moyen et long termes, jugés inférieurs à ceux des sleeves et des by pass, n'apparaît pas encore de manière évidente dans cette série.

Les saisines proviennent soit d'interventions réalisées en clinique (secteur libéral pour les chirurgiens, établissements hospitaliers de droit privé), soit en secteur hospitalier public ou ESPIC (Etablissements privés d'Intérêt Collectif), dans lesquels les praticiens sont salariés, dans la très grande majorité des cas. Ce partage activité libérale-activité salariée a pour les chirurgiens une incidence directe, en termes d'analyse médico-légale. En effet, dans le secteur privé, les praticiens libéraux exercent sous leur propre responsabilité, contrairement à ce qui se passe en secteur public ou en ESPIC, où seule la personne morale est responsable, en dehors des très rares « fautes détachables du service », de l'action des salariés de l'établissement, dont le chirurgien responsable de la procédure bariatrique. Ceci peut obliger la Commission, et donc l'expert commis, à analyser, quand l'acte a été réalisé en secteur privé, la prise en charge de nombreux praticiens libéraux, impliqués, à côté du chirurgien, dans la préparation de l'acte chirurgical et dans son suivi, à court ou moyen termes. Alors qu'en secteur public ou dans la majorité des cas en ESPIC, seule la personne morale peut être mise en cause. Il s'avère donc que l'analyse médico-légale est parfois largement plus difficile en secteur libéral privé, quand l'accident s'est produit, nécessitant alors souvent des extensions de mises en cause, qu'en secteur public, dans lequel l'équipe entière de prise en charge du patient obèse est placée sous la responsabilité du directeur d'établissement.

Le travail de l'expert est mené en plusieurs phases

- Une première phase, souvent longue et parfois fastidieuse, d'étude précise du dossier, et c'est peut-être là la plus importante des trois phases successives. Doivent être analysés en détail la qualité et l'exhaustivité du bilan bariatrique pré opératoire, celles de l'information donnée au patient, le type d'indication posée (un compte rendu de RCP, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, doit être présent), le ou les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation. L'analyse du suivi post opératoire - et tout particulièrement celle des transmissions infirmières, souvent plus détaillées que les transmissions médicales, l'essentiel des événements y étant tracé au fil du temps, sans filtre s'impose bien évidemment. C'est, en pratique expertale, avec l'information donnée en pré opératoire, la cause la plus fréquente des critiques adressées par les demandeurs aux praticiens qui les ont pris en charge ;

- Une deuxième phase, la réunion d'expertise, durant laquelle chacun peut s'exprimer, l'impression ressentie après l'étude du dossier et avant la réunion par le ou les experts pouvant être largement amendée par les déclarations des participants, recueillies au cours de l'accédit ;
- Enfin, la troisième phase est celle de la rédaction du rapport d'expertise. Il est demandé aux experts, dans ce type de mission, de répondre à deux grands types de questions, successivement :
 - Première question : la prise en charge du patient est-elle ou pas conforme aux règles de l'art ? Selon la réponse que la Commission donnera à cette première question, après étude du dossier par ses juristes et avis demandés aux experts, elle conclura à l'existence, soit d'un accident médical non fautif, encore parfois appelé aléa (acronyme AMNF), soit d'un accident médical fautif. Le premier peut être indemnisé, au titre de la solidarité nationale, quand les préjudices dépassent un certain seuil, dit « de gravité », établi par décret en 2003 ; le second peut être indemnisé par les assureurs des praticiens libéraux et/ou par ceux des établissements de santé publics ou privés - s'ils agréent aux conclusions de la Commission - et sans recours, dans ce cas, à la saisine des tribunaux. Un panachage AMNF-AMF a été rendu possible par la loi du 4 mars 2002, ce qui n'était pas le cas avant elle ;
 - Seconde question : quelle que soit la réponse donnée à la première question, il faudra estimer les préjudices en rapport avec l'accident médical, à l'exclusion de ceux qui sont en lien direct et certain avec l'état antérieur du patient et son évolution prévisible, indépendamment des faits incriminés. Cette estimation du « dommage corporel » doit permettre à l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) et/ou aux assureurs de déterminer la hauteur de l'indemnisation éventuelle du patient ou de sa famille en cas de décès.

Résultats

L'analyse a d'abord départagé, pour répondre au premier type de question posée par les Commissions et en fonction des éléments présents aux dossiers et des déclarations reçues en réunion d'expertise, les « accidents médicaux non fautifs » (AMNF, qui représentent, dans cette série, 60 des 90 missions, soit 66,66 % du total) et les « accidents médicaux fautifs » (AMF, qui représentent, ici, 30 des 90 missions, soit 33,33 % du total).

Les différents types d'accidents ont ensuite été listés, dans chacun de ces deux groupes principaux, par ordre de fréquence décroissante :

Parmi les accidents médicaux non fautifs (encore appelés aléas)

1) Viennent en premier lieu les fistules, au nombre de 35 dans cette série, soit environ 39 % de toutes les missions confondues, et représentant à elles seules 60 % environ des accidents médicaux non fautifs.

Le caractère non fautif a été retenu, en l'absence de toute non-conformité de la prise en charge pré opératoire (qualité du bilan pré opératoire, de l'indication portée) et du suivi post opératoire (4,5), quand le compte rendu opératoire respectait les règles techniques habituelles en la matière.

Il s'agissait, dans 22 cas, de fistules de sleeve gastrectomy (SG), dans 12 cas de fistules sur gastric bypass (GBP) et dans le dernier cas d'une fistule sur anneau gastrique (AG). Rapportés au nombre respectif de SG et de GBP, le pourcentage de fistules apparaît sensiblement comparable dans ces deux procédures (respectivement dans 22/42 SG et dans 12/24 GBP), ce que d'ailleurs les chiffres de la bibliographie confirment. Si le pourcentage de fistules n'est pas très différent dans les deux procédures, on sait que les fistules de sleeve peuvent cependant être plus longues et plus difficiles à solutionner, imposant parfois la transformation de la sleeve en by pass. À l'opposé, les fistules sur anneau gastrique sont très notablement moins nombreuses ici (1/24), reconnaissant en réalité une physio-pathologie bien différente, en l'absence d'anastomose digestive, celle d'une perforation per opératoire de l'estomac ou de l'œsophage, passée inaperçue au cours de la dissection per opératoire et s'exprimant en un ou deux temps ;

2) Puis les sténoses, au nombre de six (environ 7 % des missions et 10 % des AMNF) : quatre sténoses de bypass (trois sténoses de l'anastomose gastro-jéjunale et une sténose au pied de l'anse) et deux sténoses sur des anneaux gastriques ; il n'a pas été noté dans cette série de sténose organique de sleeve. Les sténoses fonctionnelles de sleeve, en rapport le plus souvent, avec des torsions, des coudes (twists, kinkings des Anglo-saxons), sont détaillées ci-dessous, en 4) ;

3) Les occlusions, au nombre de cinq (2 après sleeve et 3 après by pass) ;

4) Les torsions ou « kinkings » ou « twists » : quatre, dont trois pour des sleeve (à la partie moyenne du néo-estomac) et un au pied de l'anse d'un bypass. Si les premières peuvent être, parfois, solutionnées par une prise en charge endoscopique avec dilatation itérative, la quatrième est incompatible avec l'inaction chirurgicale, imposant une réintervention ;

5) Les plaies pancréatiques (n = 4, dont deux dans des procédures de sleeve et deux dans des procédures de bypass) ; les perforations par tube de calibration (n = 2, au cours de sleeve) ; les slippages ou migrations d'anneaux gastriques (n = 2), sont plus rares ; de même les complications non spécifiques à ce type de procédures bariatriques, que sont les perforations du grêle sur adhérences (n = 1), l'ischémie du grêle (n = 1), l'inhalation lors de l'ablation d'un anneau gastrique (n = 1).

Les accidents médicaux par prise en charge non conforme aux règles et aux recommandations des sociétés savantes (AMF)

1) Ce sont d'abord les retards au diagnostic de la complication (17 cas, soit 19 % des missions), par défaut de suivi post opératoire ou suivi insuffisamment rigoureux.

Dans ce groupe, nous voudrions insister, tout particulièrement, sur un accident malheureusement assez fréquent, l'avitaminose B1 (dans cette série, on a relevé 6 retards au diagnostic de cette carence, sur 17 retards de diagnostic de la complication, soit 35 % des cas de retard). Ce type de carence non compensée est parfois responsable d'accidents neurologiques gravissimes, qui deviennent rapidement irréversibles, quand la recharge en vitamine B1, par voie injectable,

Disponible en ligne sur www.academie-chirurgie.fr/publications/les-e-memoires

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.

Tous droits réservés. DOI : 10.26299/yn9c-bf57/emem.2018.4.001

n'est pas prescrite et réalisée assez rapidement, chez des patients vomisseurs ou ne s'alimentant pas suffisamment, dans les suites d'une procédure bariatrique. Malgré l'insistance des sociétés savantes, au cours des colloques de la spécialité dans les dernières années, sur la nécessité d'une prévention de tels accidents, il semble que la connaissance d'une réserve en thiamine B1 qui s'épuise en 17 ou-18 jours en l'absence d'une alimentation aussi normale que possible, ne soit pas suffisamment prise en compte par toutes les équipes bariatriques. Attention toute particulière doit en effet être donnée aux patients qui, après une procédure bariatrique, s'alimentent peu, ont des nausées et/ou des vomissements, et sont livrés à eux-mêmes, à domicile, sans véritable suivi. La formation des médecins généralistes, en lien avec l'équipe responsable, est de ce fait une mesure particulièrement intéressante ;

2) Puis les malfaçons techniques ou maladresses, huit dans cette série, soit 9 % des missions :

- qu'elles soient non spécifiques (1 oubli de corps étranger ; 1 jéjunostomie techniquement défectueuse, réalisée après une fistule de sleeve ; 1 médiastinite provoquée par une ponction d'abcès sous phrénique inappropriée et maladroite) ;
- ou bien spécifiques aux procédures bariatriques : 1 ajout d'anneau de calibration, trop large, sur un bypass, entraînant une migration de l'anneau et une occlusion mécanique aux conséquences dramatiques ; 1 ablation d'un boîtier d'AG dans un sepsis grave, laissant en place l'anneau lui-même ; 1 sténose itérative du pied de l'anse d'un GBP, par réalisation technique répétée défectueuse ; 1 anse biliaire trop courte (1 m) dans un BPG en oméga avec twist de l'anastomose unique gastro-jéjunale ; 1 anse afférente trop longue (3,5 m) dans un bypass en oméga.

3) Puis quatre indications opératoires non conformes aux règles : dans le premier cas le patient avait un IMC (Index de Masse Corporelle) pré opératoire calculé à 28 ; dans le second cas, il existait une hypothyroïdie pré opératoire qui n'avait pas été corrigée avant la chirurgie ; dans le troisième cas, l'état antérieur était grevé d'une cirrhose hépatique et d'une addiction non contrôlée ; dans le dernier cas, le bilan pré opératoire avait été particulièrement rapide et tout à fait insuffisant ;

4) Enfin, tout à fait aspécifique, un défaut de prévention des complications de décubitus, lors d'un séjour prolongé en réanimation, à l'occasion d'une série de complication post opératoires.

La série comporte quatre décès (5,5 % des accidents de la série), survenant en règle après plusieurs complications : 1 saignement splénique, après réalisation d'une SG ; 1 inhalation sur ablation trop précoce de sonde gastrique, chez un patient réopéré, de manière itérative, de sténoses itératives au pied de l'anse d'un BPG ; 1 arrêt cardio-respiratoire au cours du traitement endoscopique d'une fistule de SG, par pneumothorax bilatéral ; 1 accident vasculaire cérébral.

Les décès dans cette série surviennent dans 3 cas de SG compliquées et dans 1 cas de BPC compliqué, ce qui n'est cependant pas statistiquement significatif, compte tenu du nombre respectif des deux types de procédures. Ces chiffres sont à rapporter à la mortalité des procédures dans la bibliographie : globalement, toutes procédures confondues 0,09 % à 1 mois ; 0,14 % à 6 mois et 0,2 % à un an ; 0,20 % pour la SG ; 0,03 % pour l'AG et 0,35 % pour le BPG (5).

Conclusions

Le nombre de procédures bariatriques a augmenté très rapidement au cours des dernières années. On a vu le nombre d'accidents médicaux après cette chirurgie augmenter parallèlement.

Le terrain sur lequel de tels accidents se produisent n'est pas indifférent [comme on a pu le voir au cours de l'actuelle pandémie à Covid, le rapport du Haut Conseil de la Santé publique ayant considéré le 14 mars 2020 que l'obésité représentait un facteur de risque de développer une forme sévère d'infection par le SAES-CoV-2, au même titre que l'immunodépression ou la cirrhose] (6, 7), non plus que les comorbidités souvent associées, parfois multiples. Le pronostic vital des opérés qui présentent des complications est ainsi plus souvent engagé que dans d'autres procédures chirurgicales, à complication comparable.

Il est donc capital de réserver ce type de chirurgie à des patients ayant bénéficié d'un bilan complet, pluridisciplinaire, de durée suffisante (6 à 2 mois), comportant un bilan nutritionnel, diététique et psychothérapeutique, une fibroscopie, une évaluation cardio-pulmonaire et endocrinienne, des dosages vitaminiques, les patients étant par ailleurs informés aussi loyalement que possible du risque de complications post opératoires, ainsi que des répercussions socio-professionnelles éventuelle de ces complications. L'accord du conjoint (conjointe) pour la procédure, élément trop souvent négligé à notre avis, dans la mesure où le surpoids reste souvent un sujet tabou dans le couple, nous semble à rechercher, chaque fois que possible, dans le but de prévenir d'éventuels différends conjugaux (8), assez souvent observés en cas de complications durables, et qui aggravent alors encore plus l'affaiblissement thymique succédant aux complications.

La qualification du chirurgien en la matière (labellisation SOFFCO-MM, (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques) est une nécessité, de même que l'appui d'une équipe pluridisciplinaire structurée (qualité du bilan, des RCP) et d'un service de réanimation, en cas de survenue de complications sévères.

De nouvelles techniques, encore expérimentales (9), sont actuellement en cours d'évaluation en France et dans le monde, qui pourraient, éventuellement (endosleeve), contribuer à diminuer la gravité de certaines complications. On peut aussi espérer que la nécessité, pour les établissements de santé, dans un futur proche, d'obtenir une autorisation de pratiquer la chirurgie bariatrique, ainsi que la définition d'un seuil minimal d'interventions pour que les chirurgiens eux-mêmes puissent obtenir la labellisation « chirurgien bariatrique » (10) feront diminuer le nombre d'accidents graves pouvant survenir après ces procédures.

Mais, quoi qu'il en soit, l'auteur souhaite, pour clore cet article, insister sur le fait que, devant une complication, parfois strictement « imméritée » bien que lourde, il est capital que le chirurgien puisse expliquer, au jour le jour, à l'opéré et à sa famille, ce qui se passe, le pourquoi de la complication et la manière dont il compte la prendre en charge. Une telle communication, adaptée et loyale, empathique, évite, dans bien des cas, toute action contentieuse post complication. Il est important que tout opérateur, qu'il soit très expérimenté ou bien plus jeune dans le métier, en soit tout à fait convaincu.

Références

1. Bastid C, Drepper M, Bichard P, Frossard JL. Chirurgie bariatrique : complication et traitements endoscopiques. Rev Med Suisse 2017;13:145-7
2. Contival N, Menahem B, Gautier T, Le Roux A, Alves A. Les complications de la chirurgie bariatrique à l'usage du chirurgien non bariatrique. Journal chirurgie viscérale 2018;155:25-39
3. Tarrerias AL. Suivi après chirurgie bariatrique. Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie. Post'U 2015. 177-9
4. HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique. 22 juin 2009 (Ces recommandations devraient être actualisées, dans un proche avenir).
5. Lazzati A, Audureau E, Hemery F, Azsoulay D, Iannelli A. Mortalité après chirurgie bariatrique sur 140.000 patients. Journal chirurgie viscérale 2014 ; 151-4, supplément, page A7.
6. Rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), avis du 14/03/2020, téléchargeable sur le site internet du HCSP.
7. Kassir R, Rebino L, Genser L, Sterkers A, Blanchet MC, Pattou F, Msika S. Recommandations de la SOFFCO-MM en vue de la reprise de l'activité de chirurgie bariatrique et métabolique pendant et après la pandémie Covid-19. SOFFCO. Juin 2020 (Version longue accessible sur le site internet de la SOFFCO et version courte sous presse). Voir en particulier le chapitre 10 : « Prise en charge des urgences médicales et chirurgicales chez le patient obèse et prise en charge des complications de la chirurgie bariatrique ».
8. Joseph-Henri H. Être soi après la chirurgie bariatrique : où se situe le patient. Diabète et Obésité. 2020;133.
9. HAS. Nouvelles techniques de chirurgie bariatrique : identification, état d'avancement et opportunité d'évaluer. 10 septembre 2020.
10. Borie F, Fouard A, Coffin B, Barratic C, Joly AS, Coupaye M, Mertes PM, Cherk F, Gugenheim J. Gestion des risques associés à la chirurgie de l'obésité. Journée nationale de la FCVD 2017. Synthèse et recommandations. www.fcvd.fr