

# Infections nosocomiales

Expérience d'expert: faute versus aléa

Jean Marie DESMONTS

Groupe hospitalier Bichat Claude

Bernard - Université PARIS 7

# Les missions de l'expertise (1)

---

1. Préciser les motifs de l'hospitalisation en cause et décrire l'évolution.
  2. Décrire les examens, investigations et traitements pratiqués et dire s'ils ont été conformes aux règles de l'art.
  3. Dire si toutes les précautions ont été prises en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales
-

# Les missions de l'expertise (2)

---

4. Dans la négative, analyser de façon motivée, la nature des erreurs, imprudence manque de précautions, maladresses ou négligences.
  5. Décrire les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués
-

# Les principales étapes de l'expertise

---

- 1. Établir le préjudice et le quantifier :**
    - IPP >24% ou non
    - ITT > 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur 12 mois
    - critères de gravité (inaptitude professionnelle, troubles particulièrement graves)
  - 2. Affirmer l'infection nosocomiale et dire si une faute en est responsable**
  - 3. Établir le lien de causalité entre cette infection et le préjudice**
-

# Affirmer l'infection nosocomiale

---

- Survenue dans un délai >48 h après l'admission
  - Caractérisation de l'infection (site opératoire, infection urinaire, bactériémie, cathéter, prothèses, pneumopathie etc..) et du ou des agents pathogènes responsables
  - Caractère **endogène** ( pathologies associées) ou **exogène** de l'infection (infections croisées manu portées, présence de germes identiques chez d'autres patients hospitalisés)
  - Identification des **facteurs de risques** (immuno-suppression, âge etc..)
-

# Évaluer les mesures de prévention en matière d'infections nosocomiales

---

1. Modalités de fonctionnement du **CLIN** local
  2. Respect des dispositions réglementaires ( structures, matério-vigilance etc..) et des circulaires
  3. Existence de **protocoles** (selon les recommandations du CTNIN)
  4. Protocoles d'antibioprophylaxie
-

# Pneumopathie post-opératoire

## Les faits : (1)

---

- Homme de 56 ans
  - ATCD : diabète non-insulino-dépendant, hypertension artérielle, tabagisme, éthylisme
  - Intervention pour lithiase vésiculaire sous anesthésie générale (découverte d'une cirrhose)
  - Pneumopathie d'inhalation post-anesthésique – réintubation et ventilation artificielle
-

# Pneumopathie post-opératoire

## Les faits : (2)

---

- Syndrome infectieux sévère
  - Plusieurs hémocultures + à différents types de Staphylocoques (considérés comme contaminants)
  - Septicémie sur cathéter jugulaire et thrombophlébite suppurée à *Escherichia coli* – ablation et antibiotiques
  - Sténose trachéale découverte après le séjour en réanimation
-

# Pneumopathie post-opératoire

## Les faits : (3)

---

- Détresse respiratoire liée à la sténose – trachéotomie et mise en place d'un tube de Montgomery – mauvais résultat
  - Résection –anastomose trachéale au 8ème mois après la 1ère intervention
  - Dyspnée d'effort persistante – pas de reprise de travail.
  - Procédure civile contre l'établissement de soins
-

# Pneumopathie post-opératoire

## L'expertise :

---

- Pneumopathie infectieuse post-opératoire (inhalation bronchique ?) n'entrant pas dans le cadre d'une infection nosocomiale d'origine exogène – pas de germes identifiés
  - Ventilation artificielle pendant 10 jours
  - Sténose trachéale résiduelle traitée chirurgicalement – séquelles respiratoires
  - IPP 15% - ITT > 6 mois – accident survenu avant septembre 2001
-

# Pneumopathie post-opératoire

## L'expertise : (2)

---

- Thrombophlébite suppurée à Esch. Coli de la jugulaire sur cathéter à J10
  - Évolution simple après ablation du cathéter et antibiothérapie
  - Critères de l'infection nosocomiale présents
  - Pas de séquelles – préjudice non identifié
-

# Pneumopathie post-opératoire

Le jugement : (11/4/2005)

---

- Reconnaissance de l'infection nosocomiale
  - Pas de préjudice en relation avec celle-ci
  - Pneumopathie d'origine indéterminée mais reconnaissance de facteurs de risque  
( tabagisme, éthyliste, cirrhose, diabète)
  - Pas de faute démontrée – patient débouté
-

# Lymphome cérébral et bactériémies en réanimation

## Les faits : (1)

---

- Femme de 62 ans
  - Septembre 94 : apparition d'un syndrome neurologique (diplopie, tr. de l'équilibre) – hospitalisation en Neurochirurgie (IRM et scanner : lymphome plancher du 4<sup>ème</sup> ventricule)
  - Oct.-nov 94 : hospitalisation en Neurologie : troubles de conscience ++ – corticothérapie à fortes doses -amélioration
-

# Lymphome cérébral et bactériémies en réanimation

## Les faits : (2)

---

- Coma acido-cétosique – transfert en Réanimation – insulinothérapie – retour de la conscience
  - J2 : fièvre et 2 hémocultures + (Esch.coli et Pseudomonas), infection urinaire à Esch. Coli – antibiothérapie – amélioration
  - J11 : fièvre à 39°, une hémoculture+ à Bactéroïdes aggravation de l'état neurologique
  - J13 : apparition d'une caverne pulmonaire gauche (Aspergillus)
-

# Lymphome cérébral et bactériémies en réanimation

## Les faits :

---

- J15 : Thrombopénie à 3000/mm<sup>3</sup>, fièvre persistante, aggravation des troubles de la conscience, foyer infectieux intra-abdominal suspecté : abstention chirurgicale
  - J18 : décès
  - Mise en cause de l'hôpital par la famille pour infection nosocomiale responsable de la mort
-

# Lymphome cérébral et bactériémies en réanimation

## L'expertise :

---

- Complications infectieuses dans le cadre nosologique des infections nosocomiales
  - Facteurs de risques ++ : corticothérapie, affection cancéreuse
  - Décès en relation avec l'aggravation neurologique et non avec les complications infectieuses (pas de choc septique)
  - Pas de fautes relevées dans la prise en charge de la malade et des problèmes infectieux
-

# Prothèse totale de genou et sepsis

## Les faits : (1)

---

- Homme de 72 ans opéré d'une prothèse totale de genou sous rachi-anesthésie péridurale. Sonde vésicale pendant 72h. Récupération de 1.3 l de sang par un Cell-Saver.
  - Ostéotomie tibiale droite 7 ans auparavant
  - Température entre 37.5 et 38.4° jusqu'à sa sortie au 7ème jour vers un Centre de Rééducation
  - ECBU à J7 : présence d'Enterocoques traitée par Noroxine puis par Ciflox
-

# Prothèse de genou et sepsis

## Les faits : (2)

---

- Fièvre persistante . ECBU stérile à J10
  - Signes inflammatoires++au niveau du genou droit.
  - Transfert vers le CHU à J14. Reprise chirurgicale: lavage et excision, synovectomie. Vancomycine et Ciflox
  - Fièvre persistante entre 39 et 40°. Tous les prélèvements bactériologiques restent négatifs.
-

# Prothèse de genou et sepsis

## Les faits : (3)

---

- Infection d'un cathéter jugulaire à la 24ème h : (J15)
  - Ablation du cathéter (culture stérile)
  - Choc septique grave avec insuffisance rénale.
  - Ablation de la prothèse à J17. Décès quelques heures plus tard dans un tableau de défaillance multiviscérale.
-

# Prothèse de genou et sepsis

## L'expertise : (1)

---

- Seule un infection urinaire a été documentée à J7 (péridurale post-opératoire et sondage) – pas d'ECBU pré-opératoire
  - Rôle du Cell-Saver ?
  - Tous les autres prélèvements ont été négatifs
  - Choc septique probable à partir de la prothèse de genou entrant dans le cadre des infections nosocomiales ( de cause exogène ?)
-

# Prothèse de genou et sepsis

## L'expertise : (2)

---

- Les critiques: pas de bilan infectieux pré-opératoire
  - Pas d'hémocultures dans la phase post-opératoire immédiate
  - Sortie de la Clinique avec la persistance d'une fièvre
  - Suivi chirurgical pas assez rapproché
-

# Conclusions (1)

---

- Les principales questions auxquelles l'expert doit répondre:
    1. La relation entre le **préjudice** et l'infection nosocomiale en évaluant sa **gravité**
    2. La nature **endogène** ou **exogène** de l'infection
    3. La recherche d'une **cause étrangère**
    4. Un **manquement** caractérisé **aux obligations** en matière de lutte contre les infections nosocomiales
-

# Conclusions (2)

---

- L'indemnisation dépend :
    1. Pour les établissements de soins :
      - Sans cause étrangère démontrée
        - avec IPP < 25% = assureur
        - avec IPP > 25% ou décès = ONIAM
      - Avec cause étrangère démontrée
        - sans critères de gravité (décret du 4 avril 2003) = néant
        - avec critères de gravité = ONIAM
-

# Conclusions (3)

---

## 2. Pour les praticiens libéraux :

- si faute = assureur
  - sans faute :
  - ✓ Sans critères de gravité = néant
  - ✓ Avec critères de gravité = ONIAM
-