

Une contamination percoloscopique par le virus de l'hépatite C

Christian SICOT

Sou Médical, Groupe MACSF, 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense Cedex.

Observation

En juin 1996, Mme X., 51 ans, employée manutentionnaire dans une grande surface alimentaire, consultait son médecin traitant pour un épisode de « gastro-entérite ». En raison de la persistance des troubles digestifs malgré un traitement symptomatique, ce dernier conseillait à Mme X. de prendre rendez-vous avec le docteur G., gastro-entérologue. Après avoir examiné Mme X., le docteur G. retenait le diagnostic de « colite ». Dans la mesure où la malade était âgée de plus de 50 ans, il lui proposait une coloscopie qu'elle acceptait. Le 26 juillet, madame X. était hospitalisée à la clinique de Z. Sa voisine de chambre était une infirmière qui lui révélait être atteinte d'une hépatite chronique C. Dans l'après-midi, cette infirmière passait sa coloscopie à 15 h et Mme X. vers 15 h 30. L'examen endoscopique se déroulait sans incident. Mais, au réveil, le docteur G. devait rassurer Mme X. qui était inquiète après avoir appris que la malade qui l'avait précédée, était sa voisine de chambre. Ni la coloscopie, ni l'examen anatomopathologique de la biopsie pratiquée, ne révélaient d'anomalie. Peu de temps après avoir repris son travail, au début de mois de septembre, Mme X. se sentait fatiguée, éprouvait des démanégeons puis remarquait que ses urines étaient foncées. Elle était alors vue par son médecin traitant qui faisait le diagnostic d'hépatite cytolitique aiguë après avoir pris connaissance des résultats des amino-transférases sériques (ALAT : 56 N ; ASAT : 50 N). Les marqueurs viraux A et B étaient négatifs. La sérologie du VHC était « dissociée » et la virémie C était négative. Dans les jours suivants, apparaissait un ictere qui durait environ une dizaine de jours. En mai 1997, dans le cadre de la surveillance mise en place, l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) était trouvé dans le sérum de Mme X. Une ponction-biopsie hépatique était alors pratiquée et concluait à une hépatite chronique, avec un score Metavir coté A2 F1 et un score Knodell coté à 9. De juillet 1997 à janvier 1998, un traitement par Viraferon® était institué entraînant le retour à la normale des aminotransférases sériques. En septembre 1998, une rechute survenait (ALAT : 2,3 N) justifiant une nouvelle cure thérapeutique associant interféron et ribavirine. Peu de temps après la reprise de ce traitement, une crise convulsive survenait et entraînait l'arrêt de l'interféron. En janvier 1999, une seconde crise convulsive justifiait la prescription de Neurontin® et la ribavirine était poursuivie. En avril 1999, en raison de la persistance d'une virémie C, l'interféron était repris à demi-dose. Un mois plus tard, le taux sérique d'aminotransférases revenait à la normale et l'ARN-VHC se négativait dans le sérum.

En janvier 2000, Mme X. décidait d'assigner le docteur G. et la clinique de Z. pour obtenir réparation du préjudice qu'elle avait subi. En effet, outre les arrêts de travail dus à sa maladie, elle avait été licenciée sans possibilité de reclassement professionnel. Actuellement, ses seules ressources étaient constituées par les versements des ASSÉDIC.

En mai 2000, le professeur des universités, chef de service d'hépatogastro-entérologie désigné en tant qu'expert par le magistrat en charge du dossier, concluait que Mme X. était atteinte d'une hépatite chronique C et qu'à la date de l'expertise,

le traitement antiviral avait entraîné une normalisation des aminotransférases et la disparition de l'ARN-VHC dans le sérum. Mais, ce traitement avait été mal supporté : outre, une alopecie, Mme X. se plaignait d'être très dépressive. Deux arguments permettaient de retenir une relation de causalité entre la coloscopie et la maladie hépatique de Mme X. : a- la survenue d'une hépatite aiguë cytolitique dans les deux mois suivant la coloscopie avec des résultats d'abord « dissociés » des anticorps anti-VHC puis un ARN-C positif en mai 1997 ; b- l'absence des autres facteurs habituels de contamination par le VHC. Cette hypothèse était, en outre, renforcée par la notion que la coloscopie de Mme X. avait eu lieu immédiatement après celle d'une malade infectée par le VHC et que les génotypes isolés chez les deux malades étaient identiques (de type 3a). Selon l'expert, le mécanisme de la contamination pouvait être en rapport avec le matériel utilisé (coloscope, pince à biopsie, anse à polypectomie), les procédures anesthésiques ou de décontamination. L'enquête diligentée, par la DDASS, dès qu'elle avait été informée de la contamination de Mme X. avait abouti aux conclusions suivantes : a- les procédures de désinfection des endoscopes suivies dans la clinique de Z. devaient être revues, en particulier les phases de rinçage qui ne semblaient pas correctement effectuées ; b- le docteur G. employait deux coloscopes en alternance pour son programme de coloscopie et l'appareil utilisé pour Mme X. n'était pas le même que celui ayant servi pour la malade précédente. Cette affirmation reposait toutefois uniquement sur les allégations du docteur G. et ne pouvait être confirmée en l'absence de traçabilité du matériel utilisé en 1996 à la clinique de Z. ; c- Mme X. avait subi une biopsie colique mais aucune biopsie, ni polypectomie n'ont été réalisées chez l'infirmière porteuse du VHC ; d- enfin, d'après le protocole utilisé et les fiches remises par l'anesthésiste, il n'apparaissait pas d'anomalie dans la procédure qu'il avait suivie. En conclusion, si, pour l'expert, le mécanisme de la contamination n'apparaissait pas évident, il s'associait néanmoins aux conclusions de la DDASS qui avait critiqué l'ordre de passage des malades le jour où avait eu lieu la coloscopie de Mme X., en rappelant que les malades porteurs d'une infection connue devaient être examinés en fin de programme. Le docteur G., pour sa défense, précisait que la malade porteuse du VHC aurait bien dû passer en dernière position, mais une erreur de brancardage l'avait amenée avant Mme X. En cette période de vacances (juillet 1996), le brancardage n'avait pas la même efficacité qu'habituellement dans la clinique. Bien qu'il n'utilisait pas le même coloscope, le docteur G. avait tout de même effectué la coloscopie de la malade infectée par le VHC avant celle de Mme X.

En octobre 2003, le tribunal de grande instance qui eut à juger cette affaire, estima que l'hépatite chronique C dont était atteinte Mme X. répondait à la définition d'une infection nosocomiale. Elle était imputable, selon la loi du 4 mars 2002, à l'établissement de soins où s'était déroulée la coloscopie, bien que les faits se soient déroulés en 1996 et que les dispositions de la loi ne s'appliquent qu'à partir du 5 septembre 2001. En effet, d'après l'article L. 1142.1 de la loi : « Hors le cas où la responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé,

les professionnels de santé ... ainsi que tout établissement, service ou organisme où sont réalisés des actes de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes sus mentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».

Les magistrats condamnèrent la clinique de Z. à verser une somme de 83 886 euros dont 64 857 à Mme X. et 19 029 euros à la CPAM. Un appel a été formulé par la clinique contre ce jugement.

Discussion

Dans le cadre d'une démarche de gestion des risques, l'observation précédente est un nouvel exemple des conséquences dommageables d'une « déviance », c'est-à-dire du franchissement d'une « défense immatérielle » [1] représentée par la règle de bonne pratique de toujours mettre en fin de programme d'une séance d'endoscopie digestive, tout malade dont on sait qu'il est porteur du VHC. Quel que soit le niveau de sécurité atteint par les nouvelles recommandations concernant tant la

procédure de désinfection des endoscopes [2] que les pratiques anesthésiques, des défaillances restent possibles et l'observation de la règle précédemment énoncée, reste d'actualité pour en annuler les conséquences.

Par ailleurs, il faut souligner que cette « déviance » a été favorisée par un dysfonctionnement du système de brancardage de la clinique ayant abouti à l'inversion de l'ordre d'arrivée des deux malades en salle d'endoscopie. Ce type de dysfonctionnement est d'autant plus à craindre que le personnel est en nombre insuffisant ou inexpérimenté, ce qui est souvent le cas en période de vacances. Pour corriger ce « défaut d'organisation » les médecins en concertation avec les directions des établissements où ils exercent, doivent veiller à ce que, dans les périodes « à risque », le personnel reste en nombre suffisant par rapport à l'activité prévue et que tout nouvel agent reçoive une formation adaptée à sa mission.

RÉFÉRENCES

1. Sicot C. Décès par pancréatite aiguë au décours d'une cholangiographie rétrograde endoscopique. *Gastroentérol Clin Biol* 2004;28:860-1.
2. Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2003-591 parue au JO du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins.