



COLLECTION COSMOS • SÉRIE INFERNO

Sept centimètres, trois pages et quarante mille francs

Qui a acheté quoi — et qui s'est vraiment fait avoir ?

LE NŒUD : Une chirurgie gynécologique difficile est suivie d'une lacération sigmoïdienne de 7 cm, d'une péritonite stercorale, d'une résection de Hartmann et de trois mois de colostomie. L'assureur paie CHF 27'000 à la patiente et CHF 13'000 à l'hôpital. Après le retrait de la plainte, le parquet classe sur la base d'un rapport privé de trois pages, rédigé par un interniste. Bonne transaction, mauvaise instruction — ou double naufrage ?

DOSSIER ÉTUDIANT + CORRIGÉ INTÉGRAL

Lésions corporelles graves par négligence • complication connue • preuve • expertise de partie • consentement • transaction • in dubio pro durior

Temps conseillé : 4 h 15 | Barème : 100 points | Niveau : Inferno



PARTIE I — DOSSIER ÉTUDIANT

CONSIGNE : Raisonner ex ante. Ne confondez ni complication et absence de faute, ni accord transactionnel et reconnaissance de responsabilité, ni classement et preuve rétrospective que l'accord était bon.

1. La mission

Vous conseillez le Réseau hospitalier des Rives et son assureur après la clôture d'un sinistre médico-légal. L'établissement estime avoir payé trop cher. La patiente soutenait au contraire avoir accepté une somme dérisoire après une complication ayant mis sa vie en danger.

Vous devez analyser la faute opératoire et postopératoire, la valeur des rapports médicaux, la qualité de l'instruction pénale et la rationalité économique de la transaction. Votre conclusion doit distinguer ce qui est certain, probable, possible et inconnu.

2. Avertissement pédagogique et anonymisation

Les noms, lieux, dates et certains détails périphériques ont été modifiés. Les données cliniques et procédurales utiles au raisonnement ont été conservées. Le dossier est volontairement incomplet : l'étudiant doit identifier les pièces manquantes avant de chiffrer un prétendu « mauvais accord ».

3. Les acteurs

Acteur	Rôle
Mara Ionescu	47 ans, domiciliée à l'étranger, en visite chez sa fille ; pas de couverture maladie suisse utilisable.
Réseau des Rives	Établissement privé assurant les urgences, la gynécologie, la chirurgie et les soins intensifs.
Dr Anton Sorel	Gynécologue opérateur de la première intervention.
Dr Nils Raman	Assistant du Dr Sorel ; traduit l'information préopératoire ; aide opératoire.
Dre Diane Valmont	Chirurgienne assistant à la reprise urgente ; décrit la lacération et l'état inflammatoire.
Assureur Helvetia Nord	Assure la responsabilité civile du Réseau ; pilote l'instruction privée et la négociation.
Dr Marc Salvi	Gynécologue mandaté par l'assureur ; mène des entretiens internes et remet un rapport technique.
Dr Philippe Kern	Interniste mandaté par la défense ; remet un avis de trois pages.
Parquet	Instruit les lésions corporelles graves par négligence puis classe.



4. Jour 0 — l'intervention initiale

Étape	Donnée
Urgences	Douleurs aiguës de fosse iliaque gauche. Le CT montre une masse annexielle hémorragique d'environ 8 × 6 cm, au contact du sigmoïde.
Antécédents	Hystérectomie et annexectomie droite anciennes ; adhérences abdomino-pelviennes importantes attendues.
Projet	Laparoscopie urgente pour suspicion d'accident évolutif ou de torsion ; formulaire de consentement traduit et signé.
Laparoscopie	Vision insuffisante en raison des adhérences ; conversion rapide en laparotomie de Pfannenstiel.
Geste	Kyste intra ligamentaire ou paramétrial ; rupture pendant la manipulation ; aspiration d'un contenu hémorragique ; kystectomie et adhésiolyse.
Compte rendu contemporain	Mentionne la rupture du kyste et une hémostase « en ordre ». Il ne mentionne ni coagulation diffuse, ni difficulté persistante d'hémostase, ni pose de matériau hémostatique, ni inspection du côlon.

5. Ce que l'opérateur ajoutera plus tard

- Saignement diffus du fond de la loge après ablation de la coque ;
- Électrocoagulation, puis persistance d'un léger saignement ;
- Pose d'un matériau hémostatique résorbable ;
- Observation durant environ cinq minutes avant fermeture ;
- Incision suffisamment large pour voir le sigmoïde et exclusion de tout geste « à l'aveugle ».

QUESTION DE PREUVE : Un complément tardif peut être exact. Mais lorsqu'il fournit précisément les faits qui disculpent l'opérateur et qui manquaient au protocole, sa valeur dépend de sa cohérence avec les témoins et les traces contemporaines.

6. Le témoin qui ne voyait rien

Entendu sous serment, l'assistant explique qu'en raison des adhérences il maintenait les organes et les parois avec les mains. Le site opératoire se trouvait derrière ce qu'il tenait : pendant la partie décisive, il ne voyait pas l'hémostase et ne disposait d'aucun écran. Il a vu le kyste avant sa rupture, mais pas le fond de la loge ensuite.

Il sait toutefois que le Dr Sorel a coagulé, puis a renoncé à coaguler davantage et demandé le matériau hémostatique. Il reconnaît qu'une coagulation excessive peut fragiliser un intestin.



7. Jours 1 et 2 — la dégradation

Moment	Constat
Jour 1	Visite médicale : état général décrit comme bon. Le soir : patiente peu algique, abdomen souple, bruits présents, pas de reprise du transit. Les feuilles de soins ne consignent pas de rectorragie.
Jour 2, matin	Douleurs abdominales modérées, abdomen légèrement ballonné. Pas de signe péritonéal documenté.
Vers 15 h	Premier puis deuxième épisode de sang frais aux toilettes ; un troisième épisode survient peu après. Le chirurgien est appelé.
Bilan	Hémoglobine 117 g/l, leucocytes environ 11 G/l avec forte déviation gauche, CRP 494 mg/l.
CT	Perforation du sigmoïde, extravasation de contraste, selles extradiigestives sur une hauteur importante et péritonite.
Nuit	Laparotomie urgente, résection sigmoïdienne selon Hartmann et colostomie terminale.

8. Ce que montre la reprise chirurgicale

- Lacération latérale et longitudinale du sigmoïde, longue d'environ 6 à 8 cm ;
- Aspect ischémique autour de la lésion, sans atteinte circulaire classique ;
- Selles et liquide purulent dans l'abdomen, avec péritonite stercorale ;
- Résidus du matériau hémostatique à proximité immédiate de la lacération ;
- Pièce anatomopathologique : ulcération perforée, larges zones nécrotiques et importante inflammation purulente.

9. Les suites

Poste	Évolution
Hospitalisation	Vingt jours environ, dont plusieurs jours aux soins intensifs.
Complications	Abcès de paroi drainé ; infection et convalescence prolongée.
Stomie	Colostomie terminale pendant environ trois mois, vécue comme particulièrement éprouvante.
Rétablissement	Rétablissement de continuité, mise en place d'une endoprothèse urétérale transitoire et nouvelle hospitalisation pour suspicion de collection.
Séquelles alléguées	Cicatrices, anxiété, douleurs intermittentes et épisodes subocclusifs ; récupération physique globalement favorable à terme.



10. La version de la fille

La fille affirme que sa mère se plaignait fortement et présentait déjà du sang par l'anus dès le Jour 1 ; la famille aurait sollicité plusieurs fois les soignants. Elle rapporte aussi qu'après la découverte de la perforation, le gynécologue aurait reconnu avoir « touché l'intestin sans le voir » et parlé d'un accident pris en charge par l'assurance.

CONTRADICTION NON RÉSOLUE : Le dossier contemporain est plutôt rassurant au Jour 1 et date les rectorragies du Jour 2. Le témoignage familial ouvre un axe d'instruction ; il ne suffit pas, seul, à prouver un retard de surveillance.

11. La chirurgienne de reprise

La Dre Valmont juge la forme de la lésion peu compatible avec une perforation ischémique classique : elle est longue, latérale, non circulaire et entourée d'une ischémie limitée. Elle évoque une lésion directe, une traction prolongée ou une fragilisation thermique. Elle estime que l'infection évoluait depuis environ dix à douze heures, tout en refusant de dater précisément la perforation.

Lors d'un entretien privé avec l'assureur et des médecins de l'établissement, elle dit penser que des gestes ont pu être effectués sans vision suffisante. Entendue officiellement, elle demeure plus prudente et n'attribue pas formellement une faute.

12. Le rapport du gynécologue de l'assureur

Angle	Contenu
Mandat	Rapport privé commandé par l'assureur de responsabilité civile.
Méthode	Entretiens avec radiologue, opérateur et chirurgienne de reprise ; réunion de synthèse avec médecins du Réseau, qualité-risques et assureur ; préparation annoncée avec la défense.
Cause	Aucune autre explication convaincante qu'une lésion thermique étendue ayant fragilisé le sigmoïde, puis nécrosé et perforé secondairement.
Faute	Impossible de déterminer si la coagulation était dirigée ou non, ni si l'événement constituait un accident thérapeutique ou une négligence.
Limite	Impossible d'identifier la raison exacte de la diffusion thermique : réglage, durée, contact indirect, défaut technique ou autre mécanisme.
Conclusion	Complication connue pouvant survenir même lors d'une électrochirurgie correctement conduite.

13. Le rapport de trois pages

Le Dr Kern, spécialiste de médecine interne, lit le dossier et les explications complémentaires. Il retient que le consentement mentionnait clairement les complications, que la conversion était adéquate, que la large incision excluait une électrocoagulation à l'aveugle et que la perforation constituait une complication classique favorisée par les adhérences. Il conclut à l'absence de faute.

Il ne discute pas la spécialité pertinente, la divergence entre protocole opératoire et récit ultérieur, l'impossibilité pour l'assistant de voir le site, la morphologie de la lacération, la proximité du matériau hémostatique, ni la distinction entre consentement au risque et conformité du geste.



14. La procédure pénale

Étape	Événement
Plainte	Dépôt pour lésions corporelles graves par négligence, avec conclusions civiles non chiffrées.
Auditions	Opérateur, fille, assistant et chirurgienne de reprise sont entendus.
Expertise	Aucune expertise judiciaire indépendante n'est ordonnée.
Négociation	Sans état de prétentions civiles chiffré connu, une convention d'indemnisation est signée ; la patiente retire sa plainte et renonce à toute prétention civile.
Après l'accord	La défense produit le rapport privé de trois pages du Dr Kern.
Classement	Le parquet reprend ce rapport : complication connue, opération selon les règles de l'art, absence de faute. Les frais restent à l'État.

15. La convention

Flux / clause	Effet
CHF 27'000	Versés à la patiente, honoraires de sa mandataire compris, pour solde de toute prétention contre l'assureur et son assuré.
CHF 13'000	Versés directement au Réseau afin de couvrir partiellement des frais médicaux restés impayés faute de couverture maladie en Suisse.
CHF 5'000	Franchise de responsabilité civile supportée par le Réseau.
Solde hospitalier	Une partie des frais d'hospitalisation demeure irrécouvrable malgré le versement de CHF 13'000.
Ambulance	La patiente s'était engagée à régler ces frais, mais ne l'a jamais fait avant de repartir à l'étranger.
Renonciation	Retrait de la plainte et abandon de toutes conclusions civiles.
Clause	Aucune reconnaissance de responsabilité et aucun précédent.

15.1 Le bruit interne

Les chirurgiens gynécologues et viscéraux ne présentent pas une lecture commune de l'événement. Les déclarations et entretiens contiennent des appréciations défavorables réciproques sur la visibilité, la forme de la lésion, le mécanisme et la communication. Cette cacophonie ne démontre pas la faute ; elle augmente toutefois fortement le risque contentieux et la valeur d'une paix transactionnelle.



16. Les pièces manquantes

- Éventuelle demande chiffrée de la patiente et justificatifs poste par poste ; aucun état de prétentions chiffré n'est connu dans les pièces remises ;
- Offre motivée de l'assureur et échanges de négociation ;
- Décompte des honoraires de l'avocate inclus dans les chf 27'000 ;
- Conditions de la police rc et frais de défense ; la franchise connue est de chf 5'000 ;
- Montant total des factures hospitalières et d'ambulance impayées, afin de calculer la perte nette après le recouvrement de chf 13'000 ;
- Avis indépendant demandé par la patiente, s'il existe ;
- Éventuel recours contre l'ordonnance et attestation définitive de son entrée en force ;
- Paramètres, traçabilité et contrôle du dispositif d'électrocoagulation.

17. Questions — 100 points

N°	Question	Pts
1	Reconstituer la chronologie et les moments de bascule.	4
2	Qualifier les responsabilités civiles et pénales envisageables.	5
3	Analyser la valeur du protocole opératoire et des ajouts tardifs.	6
4	Apprécier le geste opératoire et les hypothèses causales.	7
5	Analyser la surveillance postopératoire et la contradiction du Jour 1.	5
6	Distinguer consentement au risque et violation des règles de l'art.	5
7	Évaluer la force probante du rapport Salvi.	7
8	Évaluer la force probante du rapport Kern.	7
9	Le parquet pouvait-il classer sans expertise judiciaire ?	7
10	Appliquer in dubio pro duriore et proposer les actes manquants.	6
11	Analyser la causalité naturelle et adéquate.	5
12	Examiner les conditions de la responsabilité civile du Réseau.	7
13	Quel effet produit la transaction sur la faute et la procédure ?	5
14	Séparer les CHF 27'000 des CHF 13'000.	4
15	Construire une analyse de valeur attendue de l'accord.	6
16	Dire qui a potentiellement fait une mauvaise affaire.	5
17	Identifier les conflits de rôle et les mesures de gouvernance.	5
18	Conclure et proposer une stratégie alternative.	4



🔥 INFERNO — Le corrigé se mérite

Ce cas est conçu pour être résolu avant toute consultation du corrigé. Cherchez, raisonnez, argumentez... et acceptez de vous tromper : c'est précisément l'objectif.

Corrigé détaillé disponible sur demande — CHF 10.–

Il propose une résolution structurée, les fondements juridiques, les pièges du cas et les éléments de raisonnement attendus.

Un corrigé lu trop tôt ne corrige rien. Il court-circuite l'apprentissage.