



VENDREDI 22 JANVIER 2016

PARIS

DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE
LES PATIENT(E)S À RISQUE

LE PATIENT À RISQUE MÉDICO- LÉGAL

Comment bien gérer la complication

Dr. André-Philippe DAVODY

Expert près la Cour d'Appel de PARIS



Tendances des décisions de Justice

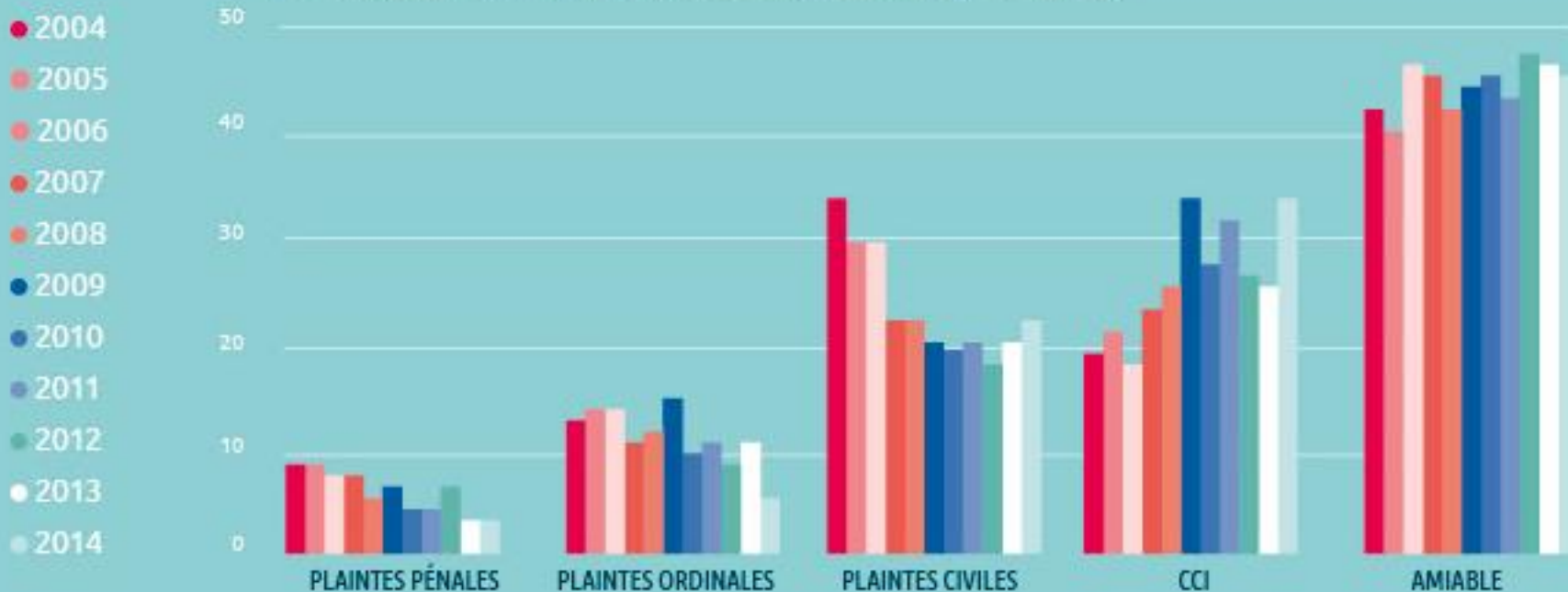
- Evolution défavorable pour les professionnels de santé
- 1980 – 1985: 30 à 35% de décisions civiles condamnant le médecin
- Actuellement 60 – 68% de condamnations
- Les évolutions actuelles de la jurisprudence consacrent les exigences que la société fait peser sur les professionnels de santé en matière d'information et de qualité du geste technique.



Rapport d'activité 2014 MACSF – Sou Médical

405012 sociétaires / 9777 sinistres déclaré
(+3;3% par rapport à 2013)

DÉCLARATION DOMMAGES CORPORELS (MÉDECIN)





28

DÉCISIONS PÉNALES

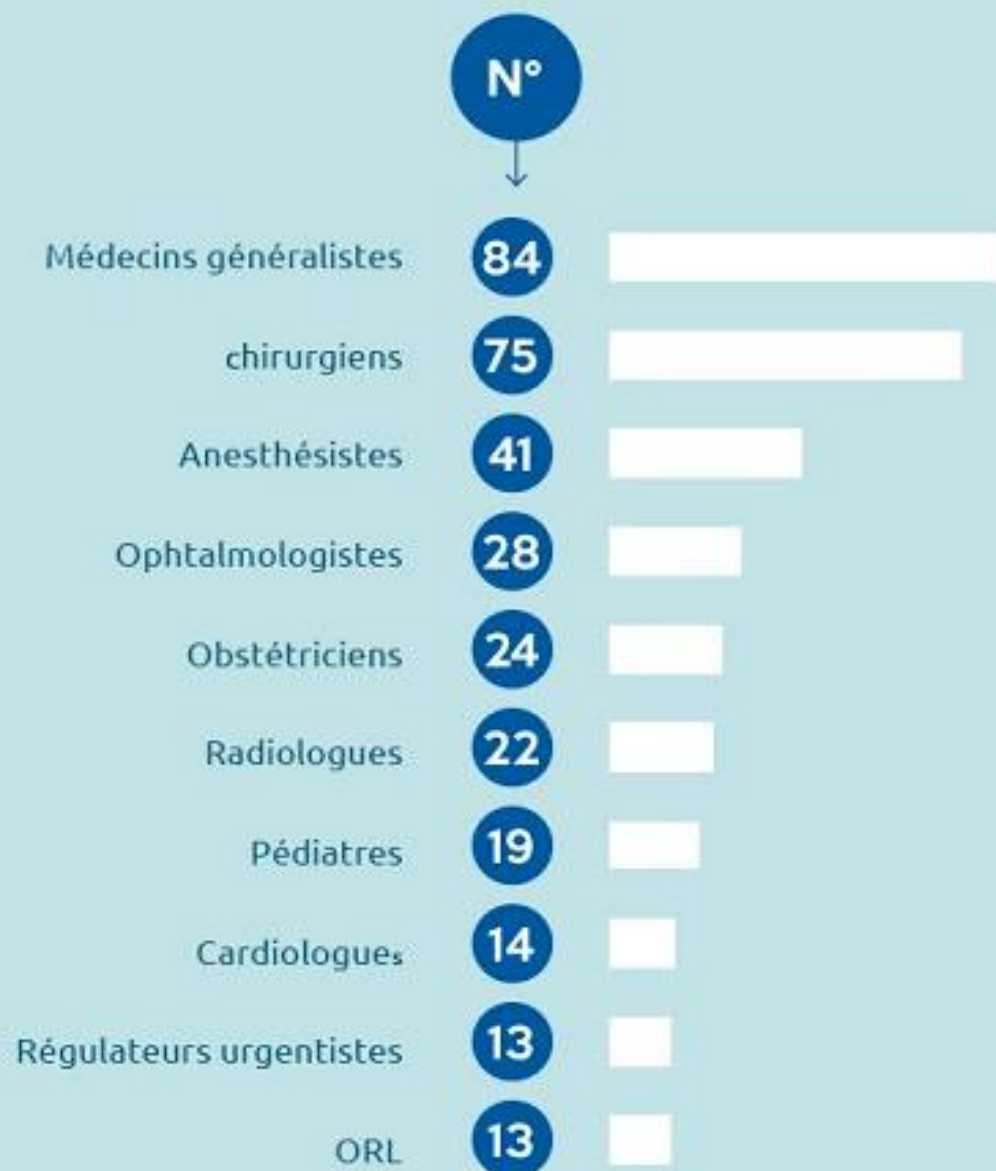
11 PLAINTES PÉNALES

46 PERSONNES MISES EN CAUSE

18 CONDAMNÉS

21 PEINES PRONONCÉES
12 peines
d'emprisonnement
de 1 mois à 2 ans
6 peines d'amende
comprises entre
2000 € et 4000 €
3 peines d'interdiction
d'exercer comprises entre
1 an et 4 ans

LES 10 SPÉCIALITÉS MÉDICALES LES PLUS SOUVENT MISES EN CAUSES





369
DÉCISIONS

de justice civiles dont 65 %
sont des décisions défavorables

65% TAUX DE DÉCISIONS DE
CONDAMNATION

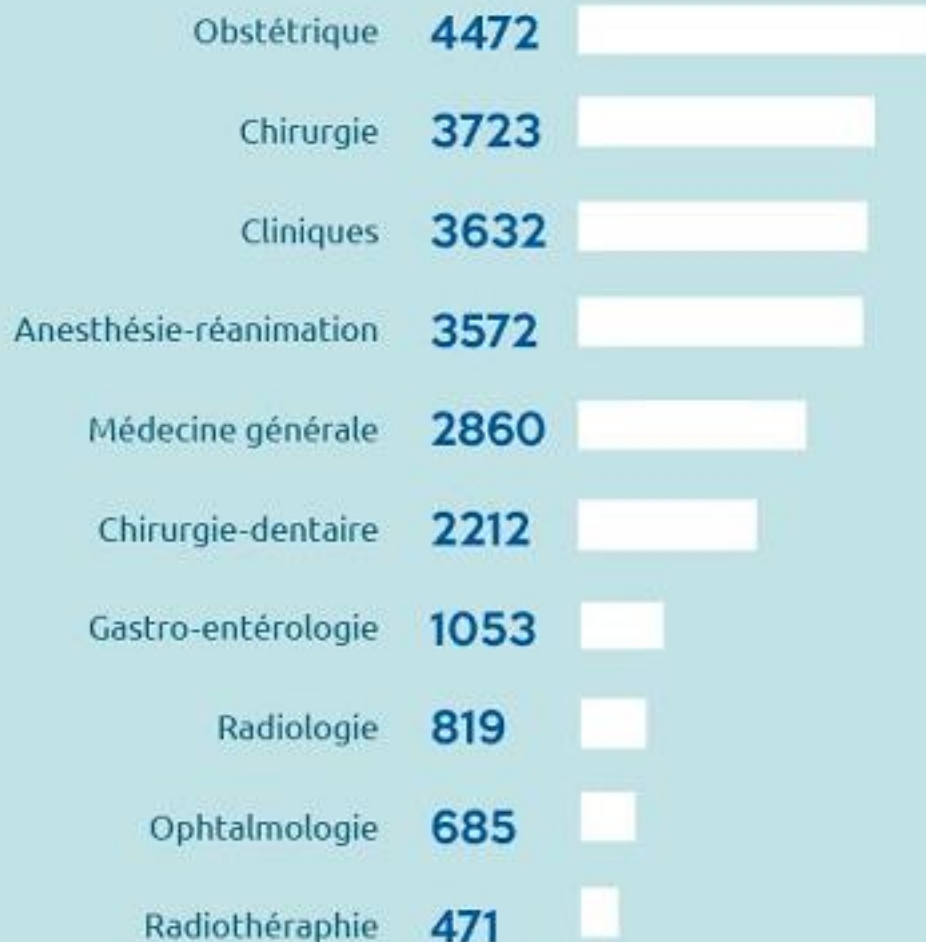
588 MISES EN CAUSE

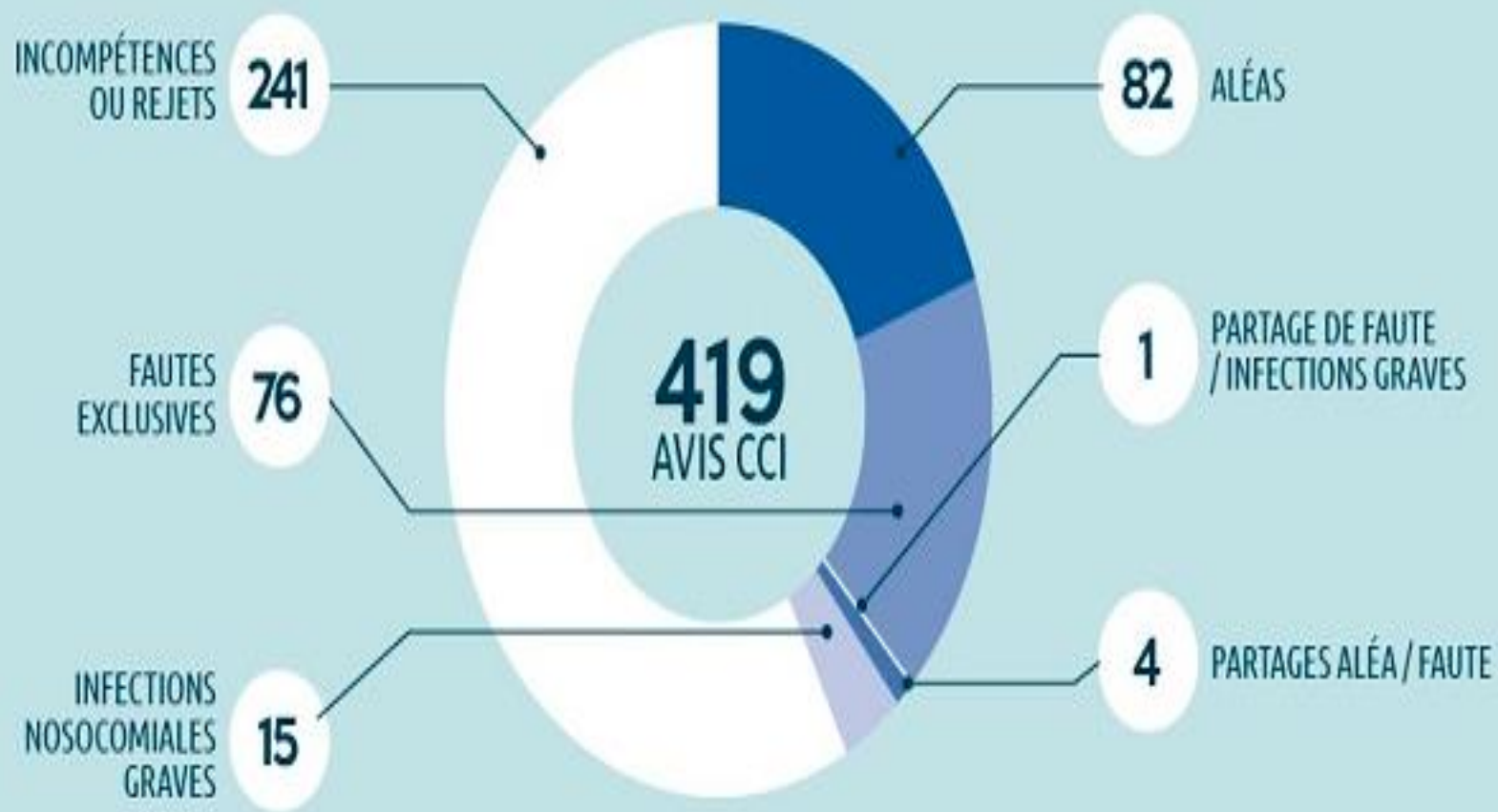
346 CONDAMNÉS

59% TAUX DE CONDAMNÉS

€ COÛT
28,3 millions

SPÉCIALITÉS OU ACTIVITÉS TOTALISANT LES 10 PLUS FORTS COÛTS D'INDEMNISATION JUDICIAIRE (EN K€, PROVISIONS INCLUSES)







Phase pré-opératoire

- Essentielle pour prévenir la survenue des complications
- L'évaluation pré-opératoire
 - Diagnostic
 - Indication
 - Comorbidités
 - Antécédents chirurgicaux susceptibles d'interférer
- L'information



Diagnostic

- Analyse des symptômes
- Réalité d'un examen clinique complet
- Examens complémentaires réalisés



Indication

- De la nécessité d'un traitement
- De l'indication d'une intervention chirurgicale
- Du choix de la technique
- Du choix de la voie d'abord



Comorbidités

- Elles sont susceptibles de générer des complications
- Diabète
- Obésité
- Artériopathie, coronaropathie
- Furonculose
- Maladie thrombo-embolique
- Insuffisance respiratoire
- Troubles cognitifs



Antécédents chirurgicaux

- Ils sont susceptibles de créer des difficultés pour le geste opératoire
- Ils concernent les interventions pratiquées dans la région anatomique sur laquelle doit s'effectuer l'intervention
- Sclérose, dévascularisation des tissus
- Modification des rapports anatomiques
- Difficultés de dissection, augmentation du risque de plaie des organes de voisinage
- Allongement de l'intervention, augmentation des pertes sanguines



L'information

- Code de déontologie médicale: Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)
- *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*
- *Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.*
- *Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.*



L'information

- **Arret Hedreul: Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685 (rapporteur: M. SARGOS)**
- *« Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. Ainsi, il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation. »*
- **Renversement de la charge de la preuve en matière médicale**



Comment rapporter la preuve de l'information

- Par tous moyens et notamment:
 - L'écrit
 - Le témoignage
 - La présomption
- Traçabilité de l'information délivrée au patient
- Faisceau d'arguments à l'appui de la délivrance de l'information:
 - Délai entre la consultation explicative et l'intervention
 - Patient renvoyé vers le médecin traitant à l'intention duquel un courrier a été établi
 - Nombre des consultations pré-opératoires avec le chirurgien
 - Deuxième avis



Perte de chance

- Le défaut d'information engage la responsabilité du médecin au titre de la perte de chance (Cour de Cass.: affaire Telle et Guilbot, arrêt du 5 janvier 2000) qui s'exprime par un pourcentage déterminé par l'expert judiciaire.
- Au stade de l'évaluation du préjudice, le juge peut souverainement refuser l'indemnisation s'il estime que le patient pleinement informé n'aurait pas logiquement pu récuser l'acte soit parce que le pourcentage très faible du risque n'aurait pas pu influencer sa décision, soit parce que l'indication du geste médical était impérative et qu'en son absence, le risque évolutif spontané aurait été plus grand que le risque potentiel de l'acte proposé.
- L'information ne doit pas dissuader un patient de recourir à des soins nécessaires



Phase opératoire

- Les problèmes per-opératoires les plus courants sont les blessures à l'intestin, à l'appareil urinaire (uretère+++, vessie), aux vaisseaux sanguins ou aux nerfs.
- La non reconnaissance d'une plaie est constitutive d'une faute



Aléa ou faute

- **Cour de cassation, 1e civ., 20 mars 2013, pourvoi numéro 12-13.900:**
- *« l'atteinte, par un chirurgien, à un organe ou une partie du corps du patient que son intervention n'impliquait pas, est fautive, en l'absence de preuve, qui lui incombe, d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de la survenance d'un risque inhérent à cette intervention qui, ne pouvant être maîtrisé, relèverait de l'aléa thérapeutique »*,



Erreur de côté

- Des interventions ont également été effectuées du mauvais côté, lesquelles étaient souvent associées à des processus de sécurité inadéquats, non existants, ou non observés par l'équipe de salle d'opération.
- Importance :
 - de disposer au bloc du dossier et de l'imagerie
 - de la check list



Complications liées à l'installation de l'opéré

- Responsabilité conjointe du chirurgien et de l'anesthésiste.
- 3% des déclarations de sinistre
- L'installation appropriée d'un patient sur une table d'opération peut faciliter de façon considérable la réalisation de l'acte chirurgical.
- Cette installation doit interférer le moins possible avec les grandes fonctions vitales et ne pas provoquer de traumatisme en relation avec une position inadéquate du patient



Accidents posturaux

- souvent en relation avec la pesanteur du patient, l'immobilité, une posture inhabituelle sur la table opératoire (Trendelenburg, hyperlordose).
- +++ durée de l'intervention aboutissant à la compression et à l'étirement des vaisseaux et des nerfs et à des défauts de vascularisation, par exemple des nerfs.



Accidents posturaux

- Des facteurs favorisants préexistants sont connus dans les lésions des nerfs périphériques au cours des interventions chirurgicales.
- HTA
- Tabagisme
- DS
- Insuffisance rénale et coronarienne



Accidents posturaux

- Les lésions des nerfs au niveau des membres inférieurs sont classiques dans la chirurgie. Leur incidence est de 0,03 % toute chirurgie confondue. La position de lithotomie c'est-à-dire la position de la taille jambes écartées favorise la survenue de ces complications.
- Quand elles sont observées, elles intéressent le nerf sciatique dans 15 % des cas et le nerf fémoral ou crural dans 4 % des cas. Le nerf fémoro-cutané peut également être intéressé.



Accidents posturaux

- Prévention assurée par le chirurgien et l'anesthésiste
- Protections locales
- Bonne position du patient sur la table:
 - éviter les élongations et les compressions directes
 - distribuer les points de pression sur la surface la plus large possible.
- La position d'hyperlordose pour dégager le petit bassin favorise la survenue de ce type de complication.



Appel en renfort

- Le chirurgien appelé en renfort par un collègue au cours d'une intervention chirurgicale peut être poursuivi en cas de refus conscient et volontaire pour délit d'« omission de porter secours ».
- Il est, selon les principes généraux du droit commun, pleinement responsable de ses actes propres et souvent appelé dans la cause en cas de litige car il est également tenu pour solidaire des autres membres de l'équipe.



Phase post opératoire

- Les problèmes durant la période postopératoire incluent:
 - des délais de diagnostic
 - une prise en charge inadéquate des complications postopératoires.
- La communication est également parfois problématique:
 - Des instructions claires n'ont pas été fournies aux patients au moment de la sortie, notamment des renseignements:
 - sur la personne qui assurerait les soins de suivi
 - sur les signes et symptômes indiquant le besoin d'une évaluation et d'un traitement immédiats.



Diagnostic de la complication

- Souvent retardé
- Plaie uretère : en moyenne 13 jours (*Bensalah, Lobel et coll. Progrès en Urologie - 2001*)
- A posteriori le diagnostic semblait facilement pouvoir être porté plus tôt.
- Le chirurgien est de plus en plus seul à gérer cette période post opératoire (*Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, CNOM 2001*)



Période des suites post opératoires

- Difficulté ++++
- Péritonite post opératoire: tableaux +++ atypiques, trompeurs et frustes après coelioscopie (***“Complications of transpéritoneal laparoscopic surgery in urology: review of 1311 procedures at a single center”*** par VALLANCIEN et coll. in Journal of Urology, Vol.168, pp 23-26, Juillet 2002)



Mécanisme de la complication

- +++ Date de survenue des premiers symptômes par rapport à l'intervention
- Précoce: brèche non reconnue en per-opératoire
- Retardée après intervalle libre : nécrose localisée secondaire à une électrocoagulation ou un arc électrique ou à la diffusion thermique (ultracision)



L'annonce du dommage

- C'est l'annonce faite au patient de l'aggravation de son état de santé en relation avec les soins qu'il a reçus
- Ne rien lui cacher
- Le dommage peut être :
 - Corporel
 - psychologique



L'annonce du dommage

- Elle est obligatoire (loi KOUCHNER du 4 mars 2002)
- Elle est un critère de la certification des établissements de santé qui doivent avoir mis en place les structures permettant l'annonce du dommage.
- Elle est difficile:
 - Pour le patient qui la reçoit de plein fouet
 - Pour le médecin qui la vit comme une remise en cause personnelle.



Les 3 phases de l'annonce

- 1^{ère} phase: PRÉPARATION
- par l'équipe:
 - recueil des données,
 - anamnèse,
 - qui fait l'annonce?



Les 3 phases de l'annonce

- 2^{ème} phase: l'ANNONCE proprement dite
- à un patient ou une famille « convoqués », « *on a besoin de lui parler* »:
- OU: endroit calme, adapté, pas de téléphone
- QUAND on est prêt:
 - Le patient
 - L'équipe soignante
- COMMENT: au cas par cas en fonction de la gravité de l'accident et de l'importance du dommage.



L'ANNONCE: à ne pas faire

- Mentir
- Nier la gravité du dommage
- Reporter la responsabilité sur un autre professionnel de santé.



Les 3 phases de l'annonce

- 3^{ème} phase: DEBRIEFING
- Du patient par l'équipe soignante
- Pour déterminer le suivi du patient victime de la complication
- Pour prendre les mesures permettant d'éviter la reproduction de l'incident



3 cas particuliers

- L'accident sériel impliquant plusieurs victimes
- Le patient qui n'a pas toutes ses capacités cognitives: désignation d'un tiers
- Le patient décédé:
 - À qui annoncer?
 - L'annonce par téléphone



L'annonce

- Un exercice difficile
- Formation
 - Jeux de rôles dans les établissements
 - Chaires et départements de simulation en santé
- Guide de la HAS:
 - Annonce d'un dommage associé aux soins
 - Mars 2011
 - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf



En bref...

- Empathie et compassion à apporter au patient et à sa famille:
 - Explications / information
 - Assistance
 - Faciliter l'accès au dossier médical
- Conserver de bonnes relations avec le patient et sa famille
- Eviter les processus conflictuels
- Orienter la réclamation vers un processus de règlement amiable plutôt que judiciaire
- Evite également une publicité dommageable pour le professionnel de santé et l'établissement de soins