

## RESPONSABILITE MEDICALE

Séminaire National des DES de Cardiologie

11 mai 2011 Lyon

Dr Cédric GAULTIER

Cardiologue Conseil- MACSF / SOU MEDICAL - Paris

Hôpital Européen de la Roseraie / Hôpital Foch

**cedric.gaultier@lesou.macsf.fr**

Avec le temps, la relation Médecin/Malade s'est dégradée, avec la perception de la médecine comme un bien marchand quelconque. Malgré une augmentation importante des actes médicaux, le nombre d'accidents médicaux progresse lentement, probablement par une sécurisation des procédures. En revanche, sous la pression des patients et de leurs avocats, les experts médicaux et les magistrats jugent plus sévèrement les médecins qu'auparavant. Pour un accident identique, la condamnation du praticien sera plus fréquente, avec un montant d'indemnisation bien plus important (indemnisation moyenne à 255.000 Euro en procédure civile en 2006).

Il faut déplorer que le manque de confraternité (critique ouverte d'un confrère lors d'un accident médical) soit à l'origine d'innombrables plaintes. Tout médecin, « donneur de leçons », ne doit pas oublier que le patient qu'il soigne d'une complication médicale est souvent à haut risque d'en présenter d'autres, pouvant engager à son tour sa responsabilité. Enfin, le médecin « critiqué » ne manquera pas de relever les fautes de son confrère « délateur », si la complication a été mal gérée. Ainsi, avant de se jouer les procureurs de la république, les médecins devraient se poser 3 questions ! 1) En toutes circonstances, suis-je infaillible ? 2) La médecine est-elle une science exacte ? 3) Aurais-je agi différemment ne connaissant pas la suite des événements ? Quelque soit la réponse, l'attitude la plus déontologique et surtout la plus prudente consiste à se mettre directement en contact avec son confrère prétendu « fautif », pour chercher à comprendre les circonstances et, au besoin, de le traiter de « noms d'oiseaux », plutôt que de le lâcher en pâture et risquer d'être pris dans une spirale infernale !

Différents types de responsabilités :

<b>Responsabilité</b>	<b>Ordinale</b>	<b>Pénale</b>	<b>Civile</b>	<b>Administrative</b>
<b>Médecins Impliqués</b>	Tous	Tous	Libéraux, salariés H privés, Secteur privé (H Public)	Hôpitaux publics (pas d'implication personnelle)
<b>Fautes</b>	Déontologie	Homicides, non assistance, secret	Moyens, information, Secret	Idem civile
<b>sanctions</b>	Blâme, suspension	Amendes (non assurable), prison	Indemnités (assurance personnelle)	Indemnités (assurances Hôp.)
<b>Période de prescription</b>	illimitée	3 à 10 ans	10 ans	10 ans

### Responsabilité de l'interne à l'hôpital :

Habituellement, l'interne étant un agent du service public, les demandes d'indemnisation sont prises en charge par l'hôpital. De façon exceptionnelle, certaines fautes seront considérées comme inexcusables (refus de venir au chevet d'un patient en détresse...) donc détachables du service et engageront la responsabilité personnelle de l'interne sur le plan civil avec le paiement de dommages et intérêts (couverts par l'assurance professionnelle, quand on en a une). Quand les plaignants ont une rancœur particulière à l'encontre d'un interne pour un accident grave, ils peuvent aussi déposer une plainte pénale directement à son encontre. La sanction sera une amende payable au trésor public (non couverte par assurance) assortie d'une peine de prison avec sursis.

Pour une faute déontologique, ils peuvent déclencher également une procédure auprès du conseil de l'ordre, avec un risque de suspension.

Les assurances en responsabilité civile interviennent soit pour régler les frais de défense, soit l'indemnisation en cas de faute détachable.

En cas de remplacement ou d'installation libérale :

L'assurance civile professionnelle est obligatoire, car la responsabilité personnelle est engagée pour tous les actes réalisés.

### Loi Kouchner (2002) : Indemnisation « amiable » des accidents médicaux.

Afin d'éviter aux victimes des procédures longues et coûteuses, des commissions régionales (CRCI) ont été créées. Leur but est d'organiser une procédure gratuite, à l'initiative des victimes permettant de statuer sur la nature d'un accident médical grave (notion de seuil de handicap ou de durée d'invalidité). En cas de faute avérée du praticien, son assureur doit proposer une indemnisation aux victimes. En l'absence de faute (aléa thérapeutique), l'indemnisation sera prise en charge par la solidarité nationale.

Cette procédure extra-judiciaire est de plus en plus utilisée simplifiant. La simplification des démarches des plaignants se fait parfois au détriment des droits de la défense des médecins qui ont des difficultés pour réagir aux rapports d'expertise.

### Transmission du dossier médical :

Les patients peuvent désormais avoir accès à leur dossier (documents formalisés) directement, sous 8 jours pour les affaires de moins de 5 ans. Toute résistance est vaine et condamnable, sauf exception.

### Limiter les risques de condamnations :

- Respect des recommandations des sociétés savantes
- Information des patients
- Pas de paternalisme. Responsabilisation des patients
- Traçabilité
- Choisir ses patients : se séparer des ingérables...

### Information :

Elle doit être systématique de la part du prescripteur et de celui qui effectue l'acte médical. Il faut savoir que lorsqu'il y a un accident sans faute technique (aléa), le médecin peut être condamné s'il ne peut pas prouver qu'il a informé son patient. En sus de l'information orale, il convient donc de mentionner la délivrance de cette information dans l'observation, ou dans un courrier au patient ou son médecin traitant. Même si les consentements écrits de la Société Française de Cardiologie ne sont pas sans faille, ils offrent pourtant l'occasion d'une démarche normalisée, avec une traçabilité et un « accusé de réception » par une signature du patient, à condition bien entendu qu'il sache lire le français !

### Traçabilité :

En justice, les témoignages oraux ont bien peu de valeurs. Ainsi, la meilleure défense du médecin est un dossier bien tenu, avec une trace à chaque contact, et chaque événement marquant. Il faut conserver impérativement un double des prescriptions, feuilles de consentement ou décharge.

### Situations à risques en cardiologie :

- Gestion des anticoagulants et antiagrégants en péri-opératoire
- Consultations pré-opératoire
- Syncopes de l'enfant et de l'adolescent (mesurer le QT, et interrogatoire des ATCD familiaux)
- Choix du mode de transport vers l'hôpital, lors de syndromes coronariens aigus
- Prescriptions hors AMM.
- Certificats pour le sport. Conduite automobile.
- Attention aux présentations atypiques : femmes, personnes âgées, étrangers, ou aux contextes non évocateurs : jeunes.

### Comment gérer un accident ?

- Gestion irréprochable : avis et transfert vers structure spécialisé
- Dossier complet et Photocopie
- Conservation d'un éventuel matériel défectueux (matéiovigilance)
- Communication avec patient et famille
- Assumer ses responsabilités sans pour autant reconnaître une faute
- Suivre le devenir du patient (et le faire savoir à la famille)
- Déclaration à l'assureur

### Conclusion :

Avec la transformation de la relation Médecin/Malade, les médecins doivent désormais s'adapter leur pratique en responsabilisant plus leurs patients. Ceux-ci doivent être informés sur les risques en cas de traitement, mais aussi en cas d'abstention. Une traçabilité obsessionnelle offre le meilleur moyen de se défendre en justice.