

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et Expertise Médico-Judiciaire

F. Lucht - CHU St Etienne

Lyon, le 10/04/2013

Quelques réflexions

- En mathématiques, on a toutes les données et il n'y a qu'une seule solution, en médecine, on n'a pas toutes les données et il peut y avoir plusieurs solutions

Louis Leprince Ringuet

- Le passage au XXIème siècle est dominé par « la recherche d'une absolue sécurité sanitaire, tant est violent l'intérêt que notre société porte à la santé et à la vie »

Doyen J. Carbonnier Les obligations PUF 2000 n° 199 et n°204

Méthodes

- Revenir sur les RCP
- En oncologie
- En infectiologie: quels textes?
- Que demande la mission d'une expertise?
- Comment répondre à la question RCP et expertise médico-judiciaire?

Les critères de qualité des RCP: Plan cancer et la circulaire du 22 février 2005

- La **pluridisciplinarité** : présence d'au moins trois spécialités différentes
- Leur **fonctionnement** doit être **formalisé**
- Avant la réunion, une **fiche standardisée** est remplie par le médecin
- **Tous les nouveaux cas** doivent être présentés avant mise en route du traitement.
- **Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard , il est possible de ne pas le discuter**
- Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des **référentiels de pratique**
- Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues
- **L'avis de la RCP comporte la proposition thérapeutique ainsi que les participants.**
- Il est intégré dans le dossier du patient (Dossier communicant en cancérologie).
- Si le traitement diffère de la RCP, les raisons doivent être argumentées
- **L'évaluation régulière des RCP** (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients.
- **La RCP (8-10/an) valide l'EPP**

Missions du centre de référence (CR)

PRISE EN CHARGE DES IOA COMPLEXES (Circulaire 27/12/10)

- Chaque CR met en place une organisation permettant de répondre aux appels des patients, des médecins traitants ou **des services de chirurgie** (site internet, numéro de téléphone dédié, secrétariat, etc.).
- Chaque CR a une mission de recours et d'expertise.
- **Le CR organise et centralise les RCP** pour tous les patients (ceux qu'il a pris en charge et ceux qui ont été adressés par un établissement de santé ou un centre « correspondant »).
- Le CR valide le caractère complexe de l'IOA et définit le lieu de prise en charge ainsi que la stratégie de prise en charge.
- Chaque CR a une mission d'évaluation, de recherche et d'enseignement.
- Il établit et diffuse, en partenariat avec les établissements de santé « correspondants », des procédures pour la prise en charge d'une IOA au stade initial et contribue à la rédaction de **guides de bonnes pratiques** au niveau national.

Recommandations de Bonne Pratique

HAS

- Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge des infections dans le mois suivant l'implantation
- Note de cadrage: Validation HAS 08 Février 2012
- Revue de littérature : mars 2012- juin 2012
- Réunions du groupe de travail : juillet - décembre 2012
- Phase de lecture : novembre 2012
- Rédaction finale des recommandations : décembre 2012 - janvier 2013
- Validation par les instances de la HAS : février - mars 2013
- Diffusion : mars 2013?

L'expert rédige un rapport ++++

- L'expert est surtout “jugé” sur son rapport
- La mission, **toute la mission mais rien que la mission...**
- **Ne répondre qu'à la mission**
- **Ne pas inclure d'éléments sans lien avec la mission**
- Ne pas porter d'appréciation d'ordre juridique (art. 238 CPC)

Mission

Dire si les soins, investigations et actes annexes ont été conduits conformément **aux règles de l'art** et aux données acquises de la science médicale à l'époque où ils ont été pratiqués, en particulier et le cas échéant :

- dans l'établissement du diagnostic, dans le choix, la réalisation et la surveillance des investigations et du traitement,
- dans la forme et le contenu de l'information donnée au patient sur les risques courus, en précisant, en cas de survenue de tels risques, quelles auraient été les possibilités et les conséquences pour le patient de se soustraire à l'acte effectué,
- dans l'organisation du service et de son fonctionnement.

En cas d'infection, préciser :

- si toutes les précautions ont été prises en ce qui concerne **les mesures d'hygiène** prescrites par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales ; dans la négative, dire quelle norme n'a pas été appliquée,
- si **les moyens en personnel et en matériel** mis en œuvre au moment de la réalisation du(es) acte(s) mis en cause correspondaient aux obligations prescrites en matière de sécurité,
- si le patient présentait des **facteurs de vulnérabilité** susceptibles de contribuer à la survenue et au développement de cette infection,

- si cette infection aurait pu survenir de toute façon en dehors de tout séjour dans une structure réalisant des actes de soins, de diagnostic ou de prévention (infection communautaire),
- si la pathologie, ayant justifié l'hospitalisation initiale ou les thérapeutiques mises en œuvre, est susceptible de complications infectieuses ; dans l'affirmative, en préciser la nature, la fréquence et les conséquences,
- si cette infection présentait un caractère inévitable et expliquer en quoi,

Quel(s) lien(s)?

- Les RCP ont un caractère « **obligatoire** »: en fait, en droit ce sont des **circulaires** et non des lois
- Circulaire DHOS/E2/n°73 du 13 juin 2008, et Note technique « principes constitutifs d'un centre de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes » (DHOS/SDE–LMM mai 2008),
- Leur logique médicale est forte en oncologie: urgence relative, mais en pathologie infectieuse du fait d'une certaine lourdeur organisationnelle?
- **La mission juridique ne pose jamais la question de la RCP**
- Si le présentiel de la RCP n'est pas assuré, et la formalisation non accomplie, mais que le chirurgien peut faire la preuve de l'avis infectiologique et radiologique au moins, sa responsabilité pénale ou civile peut-elle être engagée?
- En pratique expertale judiciaire, actuellement RCP et manquement aux règles de l'art ne sont pas liés juridiquement

La RCP est un réel progrès médical

- Multidisciplinarité, travail en équipe
- Idéalement, non pas un mais plusieurs chirurgiens, autres spécialistes (infectiologues, microbiologistes, imageurs, MPR, AS, psychologues,...)
- Moment formalisé de réflexion et de décision
- Outil puissant d'autoévaluation, de critiques positives (EPP) et de progrès
- Dans le contexte actuel, à privilégier pour les « vrais » cas complexes

What else?



MA Sidhom, MG Poulsen

Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications
of group decisions. Lancet Oncology 2006; 7: 951-4

- **Consensus is growing that multidisciplinary meetings (MDMs) provide the best means of formulating comprehensive treatment plans for patients with cancer.**
- **Although many doctors attend MDMs and contribute to the decision making process, only a few will become involved in a patient's care after the team meeting.**
- **Despite this, if a patient was grieved by a decision made in a MDM and wished to recover damages, all doctors present at the meeting would be personally accountable for decisions related to their area of expertise.**

- **Doctors should be made aware of the legal implications of their participation in such meetings.**
- **A greater awareness of these responsibilities and improved team dynamics should optimise outcomes for patients while limiting exposure of the participants to legal liability.**
- **Special attention should be given to providing patients with adequate information in this combined speciality setting.**

- The paucity of malpractice litigation involving MDMs suggests that they are **a medicolegally safe decision-making process**, and to the extent that team discussions have become the standard of care, **clinicians remain obliged to continue managing their patients via this useful forum.**
- **Western society is becoming more litigious**, as indicated by increasing medicolegal claims over the last two decades across jurisdictions.
- **Given these factors, medicolegal actions will inevitably be brought against decisions made in MDMs.**
- This knowledge should not deter clinicians from participating in these meetings.
- By ensuring that **all doctors feel personally responsible for all team decisions**, multidisciplinary teams will avoid the situation in which a **poorly defined group responsibility** results in no individual feeling completely accountable.

The MDM group has no official legal identity

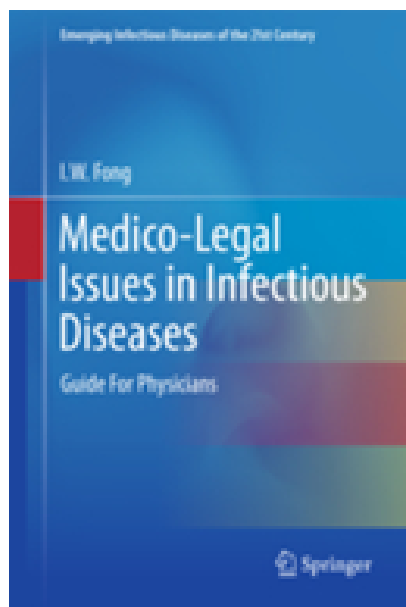
- Unlike a corporation or a statutory body, a multidisciplinary group is not an incorporated body that itself can act and hence attract liability for any negligent act or omission.
- Rather, any group decision must be considered to have been made on the basis of the individual opinions of the doctors present at the meeting.
- **Each doctor** present at a MDM is **individually responsible** and potentially liable for all decisions within their area of expertise.
- **A doctor need not personally meet the patient** nor overtly contribute to the deliberations **to attract a duty of care** and hence **legal responsibility**.



Si le cancer montre le chemin à
l'infection!

La médecine le montre au droit!

Et le droit s'adapte!



Medico-Legal Issues in Infectious Diseases

Guide For Physicians

Series: » Emerging Infectious Diseases of the 21st Century

Fong, I.W.

2011, XVIII, 294 p. 1 illus.



Available Formats:

☒ eBook 

(gross) price

ISBN 978-1-4419-8053-3

Immediately available per PDF-download (no
DRM, watermarked)

» ajouter aux éléments sélectionnés

136,84 €

 ajout au panier

☒ Hardcover 

168,79 €

☒ Softcover 

168,79 €