

Aspects Médico-Judiciaires des IAS: le droit à l'intégrité physique

DESCMIT

13/01/2014

Pr F. Lucht

Introduction

- Les progrès de la médecine
- Les interventions chez des sujets de plus en plus fragiles
- Ont considérablement augmenté le risque médical (iatrogénie, infections nosocomiales, infections associées aux soins)
- Mais aussi les exigences grandissantes d'une population de plus en plus « cliente », consommatrice et consumériste et de moins en moins « patiente » (patient → client)
- Mais encore une médecine se présentant comme « toute puissante »
- En droit, on est passé de la punition du coupable, à la recherche de la responsabilité et enfin à la réparation juridique du dommage corporel

Quels risques?

- Il est double
- A la fois, bien sûr pour le médecin (chirurgien)
- Contraint dans une procédure longue, pénible, et couteuse en Assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP: jusqu'à 20 000 euros/an pour un Gynécologue-Obstétricien)
- Et pour le patient, loin d'être sûr d'obtenir Réparation Juridique de son Dommage Corporel et Extra-Corporel.

Quel risque?

- Un chirurgien-orthopédiste « va » en expertise un an sur deux
- Un chirurgien plasticien une fois /an
- **Coûts**
- **Stress et Burn-Out** de la Profession (durée de vie?)
- Découragement des jeunes générations

Combien d'évènements médicaux indésirables en France ?

- Selon l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS)
- Quelque 400 000 cas seraient répertoriés chaque année en France.
- ~ 10/1 000 journées d'hospitalisation en chirurgie
- ~ 5/1000 journées en médecine.
- En France, 6,5 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans près de 8.000 blocs opératoires.
- On estime que 60.000 à 95.000 événements indésirables graves surviendraient dans la période péri-opératoire et près de la moitié de ces événements seraient considérés comme évitables.

Source Conseil National de Chirurgie - 2009 et Enquête ENEIS 2005

CHIFFRES CLÉS 2012



403816

C'EST LE NOMBRE DE SOCIÉTAIRES COUVERTS
par la MACSF en responsabilité
civile professionnelle,
contre 386302 en 2011 (+4%).



4200

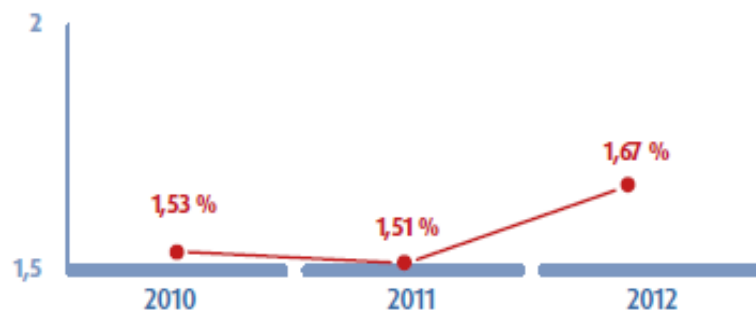
DÉCLARATIONS
ont été adressées
par nos sociétaires en 2012,
contre 3678 en 2011 (+14%).



1,04 %

LA SINISTRALITÉ
correspondante
est de 1,04 déclaration
pour 100 sociétaires,
contre 0,95 % en 2011.

SINISTRALITÉ DES MÉDECINS 2010-2012 TOUS EXERCICES ET SPÉCIALITÉS CONFONDUS



La sinistralité (nombre de déclarations pour 100 sociétaires médecins, toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus) est de 1,67 % en 2012.



130761

C'est le nombre de médecins sociétaires de la MACSF, toutes spécialités et modes d'exercice confondus, contre 128 636 en 2011.



2187

déclarations ont trait à des dommages corporels, contre 1945 en 2011 (+12 %).

Ces 2187 déclarations d'accident corporel ont fait l'objet de démarches juridiques de la part des patients ou de leur entourage (voir détail ci-dessous). Ces chiffres ne prennent en compte que la déclaration initiale. Une réclamation peut se transformer ultérieurement en une assignation en référé, en une demande de conciliation en Commission de Conciliation et d'Indemnisation, voire en une plainte pénale et/ou ordinaire.



- 117 plaintes pénales
- 182 plaintes ordinaires
- 404 assignations en référé (civil ou administratif)
- 895 réclamations (orales, écrites ou par mandataire)
- 589 saisines d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

Evènements Indésirables

- Préférable d'utiliser les termes d' «**évènements indésirables**» qui recouvrent des causes qui ne sont pas obligatoirement liées à des erreurs médicales (médecin, soins, mais aussi, évidemment, la maladie elle-même), ces évènements étant par ailleurs de gravité variable.
- L'incidence pourrait être réduite puisque environ un tiers résulte d'un défaut d'organisation des soins +++
- Différence entre erreur et faute?

Différence entre faute et erreur

- Erreur = se tromper (raisonnement; p ex: erreur de diagnostique difficile)
- Faute = manquement intentionnel ou non:
 1. Maladresse (section d'une artère)
 2. Imprudence
 3. Inattention (intérêt d'une check-list)
 4. Négligence
 5. Inobservation des règlements

Cette différence n'existe pas en droit +++

Comment un EI est-il perçu par les professionnels de santé français ?

- L'EI est un drame non seulement pour le patient et sa famille,
- Mais aussi pour les professionnels de santé concernés.
- Et ceux-ci en ont pris plus particulièrement conscience depuis une quinzaine d'années.
- Le corps médical est ainsi passé d'une vague conscience de ce que pouvait être une « erreur médicale » à une véritable **culture de l'erreur médicale**,
- Avec, à la clé, la recherche quasi systématique d'une explication quand quelque chose ne va pas bien.
- Le comportement des médecins a donc changé, passant du quasi-déni
- A la déclaration (administrative) de tout EI
- A l'information du patient (et/ou famille ou personne de confiance)

Et par les patients ?

- Depuis la loi Kouchner (4/03/2002), ils ont pris conscience de leurs droits et manifestent clairement leur désir d'information, soutenus d'ailleurs par les associations qui les représentent comme, par exemples, le Lien ou le Collectif interassociatif sur la santé (CISS).
- Dans les faits, cela se traduit par une demande d'explications, voire par la constitution d'un dossier en vue d'une procédure.
- Toutefois, la France n'en est pas au stade de la dérive judiciaire américaine.
- De même, selon **le niveau d'information des patients**, l'éventuelle survenue d'un événement indésirable est plus ou moins acceptée.
- D'où l'intérêt de mettre en place une réelle information des patients afin de leur expliquer les éventuels risques qu'ils pourraient courir dès lors qu'ils optent pour une orientation thérapeutique.

Initiatives mises en place par la HAS ?

- Avec ses partenaires
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Fédérations hospitalières , elle a mis en place de nombreuses actions telles que:
 - * la certification des établissements de santé
 - * associés à la mise en place d'indicateurs de qualité (ISO, ICALIN, ICATB,...) et de suivi des risques,
 - * afin d'instaurer une véritable culture de la qualité
 - * et ainsi d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Initiatives mises en place par la HAS ?

- C'est dans la même optique qu'a été initiée l'accréditation des professions à risque.
- Pour certaines spécialités, considérées comme à haut risque médical, une politique de prévention et de gestion des risques a ainsi été mise en place, notamment avec des règles pour déclarer tout événement porteur de risque.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (BPC) ont également pour but d'améliorer la qualité des soins.

Initiatives mises en place par la HAS ?

- C'est dans cet objectif qu'a été conçue la « **check-list** » opératoire visant à vérifier un certain nombre de points nécessaires pour la sécurité des patients avant chaque intervention.
- Enfin, la HAS a élaboré plusieurs guides sur la prévention des risques et l'amélioration de la qualité, mis à disposition des établissements de santé et des soins, notamment sur:
 - * l'annonce d'un dommage lié aux soins,
 - * l'administration des médicaments à l'hôpital
 - * ou encore la gestion des risques en établissement de santé.

Identification du patient
 Etiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
<i>Temps de pause avant anesthésie</i>	
1	Identité du patient : <ul style="list-style-type: none"> le patient a déclaré son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
4	Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié : <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre : <ul style="list-style-type: none"> allergie du patient risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
<i>Temps de pause avant incision</i>	
6	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> identité patient correcte intervention prévue confirmée site opératoire correct installation correcte documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Antibiotoprophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R

APRÈS INTERVENTION	
<i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	
9	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> de l'intervention enregistrée, du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R
En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie	

LE Dommage ou Préjudice

- Un dommage est une atteinte de l'humain (physique et/ou psychique) dit « dommage corporel » ou une atteinte immatérielle (pertes de salaires, dépenses d'aménagement de son logement pour un fauteuil roulant, voiture automatique, tierce-personne,...).
- Il existe aujourd'hui une nomenclature indicative des différents préjudices indemnisables dite "nomenclature Dintilhac" qui distingue:
 - * les dommages ou préjudices personnels (dit non économiques ou extrapatrimoniaux)
 - * et les préjudices économiques dit patrimoniaux.

LE Dommage ou Préjudice

- Le droit à réparation intégrale des préjudices subis relève d'un juge souverain dans l'appréciation des préjudices et de leur évaluation financière.
- Chaque préjudice doit être prouvé soit par des documents médicaux, soit par des attestations ou tout autre élément de preuve.
- De plus chaque préjudice doit être directement rattachable à l'accident, ce que l'on désigne sous le vocable d'imputabilité des séquelles à l'accident ou encore lien de causalité.

Les différents tribunaux

Deux ordres juridictionnels : la justice judiciaire et la justice administrative.

- La distinction entre deux ordres de juridictions est consacrée par la **loi des 16 et 24 août 1790, qui interdit aux juges judiciaires de connaître des contentieux relatifs à l'administration ou au travail des fonctionnaires.**
- L'administration n'est pas pour autant soustraite à tout contrôle juridictionnel : des tribunaux spécifiques ont été créés pour connaître des litiges impliquant les personnes publiques.
- Originellement très dépendantes du pouvoir exécutif, ces juridictions ont peu à peu acquis une autonomie et une impartialité équivalentes à celles caractérisant la justice judiciaire.
- L'existence d'un ordre juridictionnel administratif indépendant a même été consacrée en 1987 comme un principe à valeur constitutionnelle.

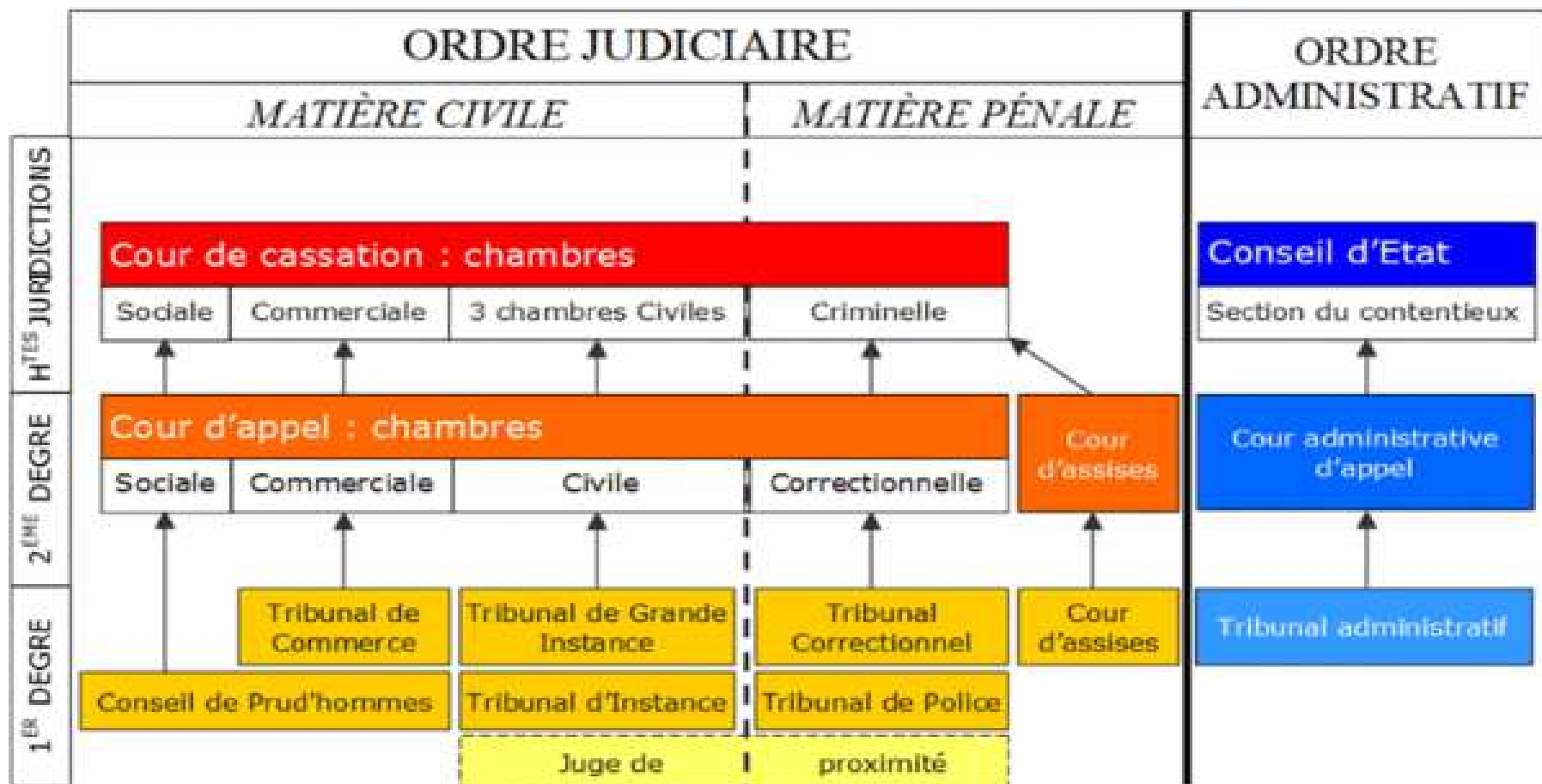
Présentation de l'ordre judiciaire

Les juridictions de l'ordre judiciaire sont compétentes pour régler les litiges opposant les personnes privées et pour sanctionner les auteurs d'infractions aux lois pénales.

Les juridictions civiles tranchent les litiges mais n'infligent pas de peines (loyer, divorce, consommation, etc). Certaines affaires sont examinées par des juridictions spécialisées.

Lorsqu'elles sont chargées de juger les personnes soupçonnées d'une infraction (conduite sans permis, vol, meurtre...), ce sont les juridictions pénales.

ORGANISATION JURIDICTIONNELLE NATIONALE FRANCAISE



Les juridictions civiles: Le Civil

- Certains tribunaux sont chargés de **trancher les litiges** opposant les personnes privées (particuliers, associations, entreprises) entre elles.
- Il s'agit du **tribunal d'instance et du tribunal de grande instance**,
- Le tribunal d'instance constitue la juridiction de base du judiciaire civil.
- Il s'agit d'une juridiction à juge unique dont la principale caractéristique consiste dans **sa facilité d'accès** : l'implantation géographique des tribunaux d'instance (on en compte 305), la procédure orale qui y est suivie, l'absence de représentation obligatoire et l'existence d'un mode de saisine simplifié favorise une réelle proximité entre le juge d'instance et les justiciables.
- Le juge d'instance est compétent pour connaître des actions personnelles ou mobilières (c'est-à-dire qui portent sur un droit ou une chose) jusqu'à valeur de 10 000 euros, ainsi que des demandes portant sur l'exécution d'une obligation dont le montant n'excède pas cette somme.

Le Civil (2)

- **Le tribunal de grande instance (TGI)** constitue la juridiction civile de droit commun, qui occupe une place centrale au sein de notre organisation judiciaire.
- Les 160 TGI sont organisés, selon leur taille, en plusieurs chambres spécialisées.
- Le TGI connaît des actions personnelles ou mobilières dont le montant est indéterminé ou supérieur à 10 000 euros. Il est en outre exclusivement compétent pour traiter de certains contentieux, par exemple la propriété immobilière ou la matière familiale (filiation, mariage, autorité parentale).
- La plupart des formations de jugement du TGI sont collégiales, certains juges uniques y exercent une fonction spécialisée, comme le juge aux affaires familiales ou le juge des enfants.

Les juridictions pénales: Le Pénal

- Elles **défendent la société** en assurant **la répression des infractions (simples, délits et crimes)**
- **Le tribunal de police compétent en matière de contraventions**, c'est-à-dire des **infractions** que la loi punit d'une peine d'amende n'excédant pas 1 500 euros.
- **Le tribunal correctionnel** constitue la formation pénale du TGI. Il est compétent pour assurer la **répression des délits**, c'est-à-dire des infractions que la loi punit d'une peine d'emprisonnement (inférieure ou égale à 10 ans) ou d'une peine d'amende supérieure à 3 750 euros. Le tribunal correctionnel statue en principe en audience publique et collégiale, mais un nombre croissant d'affaires (60 % en pratique) sont confiées à un juge unique.
- **La cour d'assises** est une juridiction départementale, composée de juges professionnels et de jurés populaires tirés au sort. Elle est chargée **de la répression des crimes**, c'est-à-dire des infractions les plus graves punies d'une peine de réclusion d'une durée minimale de 15 ans.

Les juridictions d'exception

- A l'inverse des juridictions de droit commun, ils ne peuvent juger que des litiges qui leur sont expressément attribués par un texte. (compétences en matière civile).
- **Les 135 tribunaux de commerce** jugent les litiges entre commerçants, ainsi que les contestations relatives aux sociétés commerciales ou aux actes de commerce. Ils sont également compétents en matière de redressement et de liquidation judiciaires lorsque des commerçants ou des artisans sont concernés
- **Les 210 conseils de prud'hommes** sont des juridictions paritaires, composées de représentants des salariés et des employeurs, qui tranchent les litiges relatifs à la formation, à l'exécution et à la rupture du contrat de travail.
- En **matière militaire**, chaque cour d'appel possède une juridiction spécialisée chargée de juger les crimes et délits commis en temps de paix par des militaires en exercice sur le territoire, tandis que les infractions commises hors du pays sont jugées par une formation spécialisée du TGI de Paris ; d'autres juridictions spécialisées sont prévues pour juger les militaires en cas de guerre
- En matière politique, les membres du Gouvernement relèvent de la compétence de la **Cour de justice de la République**, tandis que le **Chef de l'État relève de celle de la Haute Cour**
- Les infractions commises dans certains domaines relèvent de formations spécialisées des juridictions de droit commun. Par exemple, en **matière de terrorisme, une cour d'assises spécialisée**, exclusivement composée de magistrats professionnels, est chargée de juger les accusés.

La Cour de cassation désigne la juridiction suprême de l'ordre judiciaire.

- La Cour de cassation n'est pas un 3^o degré de juridiction mais une haute juridiction
- La nature du contrôle concerne davantage le droit lui-même que le litige entre les parties : on dit que le juge de cassation est un juge de la loi, de sa correcte interprétation et de sa bonne application.
- Par ce mécanisme de la cassation, la Cour de cassation garantit à l'ensemble des citoyens français que la loi sera interprétée de manière identique sur le territoire.
- Elle protège l'égalité de chacun devant la justice.

Les juridictions administratives

- Lorsqu'un particulier ou une personne morale de droit privée entre en conflit avec l'administration, le litige doit être porté devant l'une des juridictions administratives de droit commun qui constituent l'ordre juridictionnel administratif : le tribunal administratif, la cour administrative d'appel ou le Conseil d'État.
- **Les tribunaux administratifs, au nombre de 42**, sont les juridictions de première instance de droit commun du contentieux administratif. Les tribunaux administratifs se trouvent aujourd'hui confrontés à un important problème d'engorgement : la durée moyenne de l'instance devant le tribunal administratif avoisine les deux ans.
- **Les cours administratives d'appel, au nombre de 8**, ont été créées en 1987 afin de décharger le Conseil d'État. Elles sont en principe saisies en appel des jugements rendus par les tribunaux administratifs. Afin de limiter l'encombrement de ces juridictions, le Gouvernement a réduit en 2003 la possibilité de faire appel dans certains domaines, et imposé aux justiciables l'obligation d'avoir **recours à un avocat** dans la quasi-totalité des contentieux devant la cour administrative d'appel.
- **Le Conseil d'État** constitue la juridiction suprême de l'ordre administratif. A ce titre, il est principalement chargé de la fonction de juge de cassation des décisions prises par les autres juridictions administratives : **il s'assure de la correcte application et interprétation de la loi par les juridictions du fond, sans procéder à une nouvelle analyse des faits à l'origine du litige.**

Demande de la victime ou ayant droit

Sanction

Indemnisation

professionnelle

pénale

Contentieux

Non contentieux

privé

Conseil de l'ordre

Conseil d'État

public

Commission disciplinaire

Conseil d'État

TGI :
correctionnel

Cour de cass.

privé

TGI :
civil

Cour de cass.

public

Tribunal administratif

Conseil d'État

Commission régionale de conciliation et d'indemnisation

Délai de prescription : 10 ans

La CCI

- Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux et des infections nosocomiales (CCI) sont compétentes pour :
 - >> les accidents fautifs (accidents qui engagent la responsabilité des acteurs de santé)
 - >> les accidents non fautifs (aléas thérapeutiques)
- Les limites des compétences des CCI tiennent :
 - 1) d'une part à la date de l'acte en cause, qui doit être postérieur au 4 septembre 2001
 - 2) d'autre part à un seuil de gravité fixé ainsi qu'il suit :
 - un taux d'atteinte **permanente** à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 %,
 - ou un **arrêt temporaire** des activités professionnelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois,
 - ou des **gênes temporaires** constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois,
 - 3) Ou à titre exceptionnel :
 - lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale ;
 - lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence (TPGCE).

Les relations des CRCI avec l'ONIAM

- Les CCI sont des commissions administratives indépendantes de l'ONIAM.
- Même si le fonctionnement matériel des commissions est nécessairement assuré par l'ONIAM, qui a la personnalité morale lui permettant d'engager des moyens, les commissions exercent leur activité, au fond, en toute indépendance.
- Cette indépendance est assurée par les textes qui prévoient que les présidents des commissions, bien que pouvant être en détachement à l'ONIAM, ne sont sous l'autorité ni du président, ni du directeur de l'ONIAM.
- Ils sont nommés par le ministre en charge de la Justice, sans que le directeur de l'ONIAM n'ait à émettre d'avis sur les candidatures.
- Par ailleurs ils sont notés par le président de la CNAM.
- Les membres des commissions sont nommés par l'Agence régionale de santé (ARS)

Missions de la CCI

1) Favoriser la résolution des conflits par la conciliation.

- Les commissions, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.

2) Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2003.

- Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.
- La commission, qui reçoit une demande, a pour mission d'instruire cette demande, sur le plan administratif mais aussi médical. La durée légale de l'instruction est fixée à 6 mois, à partir du moment où le dossier est complet.
- Au décours de l'instruction, la commission émettra un avis qui, s'il aboutit à une proposition d'indemnisation, sera transmis soit à l'assureur, soit à l'ONIAM, en fonction des situations.

- Dossier patient au moment des faits composé des éléments suivants :

En cas de dossier informatisé : nécessité de conserver la date d'origine des actes de soins lors de la réédition

- Dossier médical, et s'il est distinct, le dossier des consultations éventuelles pré et postopératoires
- Dossier de soins infirmiers
- Dossier anesthésique (consultation d'anesthésie, fiche d'anesthésie et de surveillance post interventionnelle)
- Dossier opératoire (compte-rendu de(s) intervention(s), fiche de traçabilité pré opératoire, fiche de liaison service – bloc opératoire)
- Bilans biologiques notamment microbiologiques (résultats des cultures accompagnés le cas échéant des antibiogrammes)
- Documents et comptes-rendus d'examens d'imagerie médicale
- Compte rendu d'hospitalisation

Documents relatifs à la prévention de l'infection présents dans l'établissement au moment des faits :

- Tout document relatif à la préparation préopératoire du patient, notamment fiche(s) technique(s) ou protocole(s) concernant le traitement des pilosités, la douche préopératoire et l'antisepsie du champ opératoire
- Tout document relatif à l'antibioprophylaxie chirurgicale
- Tout document relatif à la surveillance des infections du site opératoire dans le service concerné
- Tout document relatif à la prévention des infections du site opératoire au bloc opératoire où a été réalisée l'intervention chirurgicale
- Tout document attestant de la présence d'un CLIN (et d'une équipe opérationnelle d'hygiène) les 3 compte-rendus précédent et suivant les faits.

- Documents relatifs à l'information délivrée au patient en période pré opératoire sur les risques liés à l'intervention notamment de nature infectieuse

Comment informer? C' est bien différent de comment faire la preuve de l'information?

Information imposée par la loi du 4 Mars 2002

- «Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. »
- « Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.»
- Avant intervention, cette information doit porter sur trois niveaux:
 1. la nature exacte du geste opératoire et ses conséquences éventuelles, notamment infectieuses;
 2. les bénéfices et les risques des différentes méthodes thérapeutiques (en particulier le risque septique en chirurgie orthopédique avec implantation de matériel, chirurgie de confort+++).
 3. En cas de survenue d'une infection nosocomiale, le patient, ou à défaut ses ayants-droits, doivent être informés sur les circonstances et les causes du dommage, ses conséquences potentielles et sur les modalités thérapeutique

Elle doit être écrite, signée du patient avec un délai > 15 jours entre l'information et l'intervention

La notion de présomption d'information

- Est étayée par l'entretien individuel avec le patient et accompagnant et le temps de réflexion laissé au patient ainsi que par les «moyens prouvant la délivrance de l'information» sans pour autant qu'un document écrit et/ou signé soit officiellement requis.
- « Cette preuve peut être apportée par tout moyen » (art. L. 1111-2 du CSP) utilisation d'outils afin qu'elle soit **tracée** tout au long du dossier médical (systématisation des protocoles d'information).
- Notion de tact et mesure (Code déontologie); de compréhension de l'information
- Limites de l'information : urgence absolue et refus du patient d'être informé
- **Le préjudice subi par le patient, lors d'un défaut d'information, peut être qualifié de perte de chance**

Les infections nosocomiales indemnisées dans le cadre du dispositif

25% des avis d'indemnisation des CRCI concernent une infection nosocomiale.

DONT :

- 5% d'infections nosocomiales aux conséquences graves transmises à l'ONIAM (40 décès et 40 infections nosocomiales supérieures à 25% d'IPP par an).

- 20% d'infections nosocomiales transmises à l'assureur.

La définition légale

Pour rappel, l'article L.1142-1 II du code de la santé publique dispose que : « Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret (...) ».

Expertise médicale judiciaire

- L'expertise médicale est le préalable indispensable à toute indemnisation.
- Désigne la mission donnée par le juge à un médecin inscrit sur une liste spécifique établie par les Cours d'appel afin de l'éclairer sur l'état de la victime pour lui permettre de procéder à l'indemnisation.
- L'expert judiciaire convoque la victime qui a le droit de se faire assister d'un médecin conseil et d'un avocat au cours des opérations d'expertise.
- L'expert examine les pièces médicales qui lui ont été préalablement communiquées, interroge la victime lui demande de préciser ses doléances, et procède à son examen clinique.
- Il rédige ensuite un rapport qui reprend en détail tout l'historique médical, le contenu des certificats médicaux et compte rendu d'hospitalisation, il décrit les blessures et les séquelles qu'il a constatées et conclut sur la nature et l'importance des préjudices qu'il estime devoir retenir en relation avec l'accident.
- Son rapport est ensuite envoyé au tribunal qui l'a désigné ainsi qu'à la victime à ses conseils et aux assureurs (rapport d'expertise médico-légal).

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 :

o 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,

o 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,

o 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,
- **si le diagnostic et le traitement de cette infection ont été conduits conformément aux règles de l'art et aux données acquises de la science médicale à l'époque où ils ont été dispensés.**

Le Rapport d'Expertise

- C'est sur la base de ce rapport descriptif que le juge se fera une opinion.
- **Le juge n'est pas lié par le rapport de l'expert** qui n'est qu'un élément d'information parmi d'autres, mais dans la pratique, le juge a tendance à se fonder très largement sur ce rapport pour fixer la mesure de son indemnisation.
- Ce document est donc un élément essentiel
- Il est donc impératif qu'au cours des opérations d'expertise la victime soit assistée d'un médecin conseil indépendant des assureurs
- car l'assureur sera représenté à l'expertise par un médecin conseil dont la présence ne vise pas à défendre les intérêts de la victime mais à préserver les intérêts de l'assureur.

Préjudices patrimoniaux (économiques)

a) **Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :**

- Dépenses de santé actuelles (D.S.A.)
- Frais divers (F.D.)
- Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

b) **Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :**

- Dépenses de santé futures (D.S.F.)
- Frais de logement adapté (F.L.A.)
- Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
- Assistance par tierce personne (A.T.P.)
- Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
- Incidence professionnelle (I.P.)
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

Préjudices extrapatrimoniaux (non-économiques)

a) **Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :**

- Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
- Souffrances endurées (S.E.) pretium doloris
- Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

b) **Préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation) :**

- Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
- Préjudice d'agrément (P.A.)
- Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
- Préjudice sexuel (P.S.)
- Préjudice d'établissement (P.E.)
- Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

c) **Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation) :**

- Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.)

Les conclusions du Rapport

- Il faut savoir que les conclusions du rapport d'expertise peuvent être contestées
- tant par la victime
- que par l'assureur du responsable puisque le rapport ne s'impose pas au juge.
- Il est toutefois difficile de revenir sur les conclusions sauf à soumettre au juge des arguments très pertinents, un certificat ou un rapport d'un médecin d'une certaine notoriété qui contredit les conclusions contestées.
- Le juge peut alors désigner un nouvel expert judiciaire qui procédera à une nouvelle expertise totale ou partielle (contre-expertise).

Imputabilité/Causalité

- **L'imputabilité (sens médical)** est différente de la notion de causalité juridique appréciée par un magistrat.
- Le concept d'imputabilité consiste à identifier les mécanismes physiopathologiques qui ont permis aux conséquences d'un défaut technique d'acte ou d'organisation du service, d'aboutir aux séquelles constatées, en respectant les séquences chronologiques en excluant une cause étrangère.
- **La causalité (notion juridique)** en matière de responsabilité des professionnels de santé (pénale, civile ou administrative) est établie par le juge après étude du rapport technique du médecin expert

Expertise médicale amiable

- La victime et l'assureur décident de recourir à un examen médical amiable en dehors de toute procédure judiciaire.
- Chacune des parties désigne son médecin conseil.
- Après examen conjoint de la victime, si les deux médecins ne s'accordent pas sur la nature et l'importance des séquelles, la victime peut demander dans le cadre d'une procédure de référé la désignation d'un médecin expert dans la spécialité en rapport avec ses blessures.
- A cette occasion la victime réclame une provision ou un complément de provision.

L'Expertise Médico-Judiciaire à l'heure des RCP

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

- La **pluridisciplinarité**: au moins 3 spécialités différentes
- Leur **fonctionnement** doit être **formalisé**
- Avant la réunion, **fiche standardisée** remplie
- **Tous les nouveaux cas** doivent être **présentés**
- **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**
- Possibilités d'inclusion dans des essais connues

L'avis de la RCP

- Il 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....et le DPC.....

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.

Situations d'emblée considérées comme complexes

1. Selon le type de programme chirurgical : **Il doit s'agir de situations chirurgicales nécessitant des gestes majeurs d'excision, de couverture, de reconstruction osseuse ou prothétique:**

- Pseudarthrose infectée avec perte de substance nécessitant une reconstruction osseuse ou des parties molles.
- Ostéite sur os continu nécessitant une excision osseuse large ou une reconstruction

osseuse ou des parties molles.

- Infection sur prothèse articulaire nécessitant une reconstruction complexe.
- Ostéo-arthrite des grosses articulations (épaule, coude, poignet, hanche, genou et cheville) avec signes radiologiques d'atteinte osseuse, nécessitant une résection articulaire.
- Infection rachidienne, avec ou sans matériel, nécessitant une reconstruction osseuse.

Exclusion : Ablation de matériel en milieu septique, amputation en zone saine, synovectomie, excision des parties molles sans reconstruction

Ou secondairement

2. Selon la prise en charge thérapeutique antérieure : Infection osseuse ou articulaire en **échec** d'une prise en charge thérapeutique médico-chirurgicale antérieure ayant associé un geste chirurgical d'excision et une antibiothérapie.

3. Autres cas

- Les infections osseuses ou articulaires, les infections des parties molles, l'ostéomyélite aiguë de l'enfant et de l'adolescent, l'arthrite aiguë et l'infection post opératoire précoce, ne peuvent être considérées comme complexes qu'en présence d'un des critères suivants :

- Critères microbiologiques :

- La prise en charge par antibiothérapie est compliquée du fait d'un **micro-organisme particulier** ou d'une **allergie** aux antibiotiques

- Terrain complexe

- Toute **défaillance viscérale sévère** interférant avec le programme thérapeutique (insuffisance rénale ou hépatique, immunodépression, **polypathologies...**) ou avec un retentissement général chronique associé.

Quelles conclusions?

- 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?
- **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.

