

Comité de gestion des conflits à risques médico-légaux :

Expérience du service de Gynécologie Obstétrique

M.ZEMOUCHI, S.AIMEUR, A.LACHEMAT, M.S.OUKID

Unité Hassiba Ben Bouali, CHU Blida.

Faculté de médecine - Université BLIDA 1

Problématique

On définit un conflit à risque médico-légal comme une réclamation, une plainte ou une déclaration d'évènement pouvant engendrer un contentieux d'ordre administratif et/ou juridique^[1]. Le risque médico-légal fait partie intégrante de la pratique médicale, particulièrement en gynécologie-obstétrique dont l'obstétrique représente la majeure partie de l'activité contentieuse.

Dans la majorité des cas, les conflits d'ordre médico-légal reposent sur des allégations de négligence. Ceci suppose que la personne qui se défend (médecin ou auxiliaire paramédical) n'a pas démontré un degré raisonnable et acceptable de diligence, de compétence et d'habileté en prodiguant les soins au patient et par conséquent, ce dernier a subi un préjudice.

La relation médecin-patient a été, depuis longtemps, un contrat moral basé sur la confiance reconnue dans le concept de « l'obligation fiduciaire des médecins » qui signifie qu'ils doivent agir de bonne foi et avec loyauté envers leurs patients. Les litiges étaient de ce fait rares. Actuellement grâce aux progrès de la médecine, à une plus grande matérialisation de la société, à une médiatisation des accidents médicaux, à une activité débordante des établissements hospitaliers et en particuliers des services de gynécologie-obstétrique, les malades ne se comportent plus en patients mais en clients consommateurs de soins. Ils établissent avec le médecin un rapport consommateur-prestataire de services. Ceci fait que les médecins, et notamment les obstétriciens, sont de plus en plus mis en cause et leur responsabilité engagée.

Préjudices moraux, perturbations dans l'exercice professionnel, risque pénal, augmentation des cotisations d'assurance sont les conséquences personnelles et professionnelles de cette nouvelle relation. C'est pour cela qu'il faut tout mettre en œuvre afin de prévenir ces conflits et une fois apparus, de faire de notre mieux pour les gérer correctement, dans le respect total de la partie plaignante et défendeuse.

• Les principales causes des conflits médico-légaux en pratique obstétricale retrouvés dans la littérature sont :

- Le manquement à l'obligation fiduciaire
- Le manquement au devoir de diligence
- Le manquement à l'obligation de confidentialité.
- Des allégations de négligence.
- Le manque ou l'absence de consentement éclairé.
- La responsabilité découlant des actes d'autrui
- Pénurie de ressources Les préjudices retrouvés dans la littérature sont:

Maternels:

- Décès maternel
- Lésions périnéales sévères, ruptures de sphincter avec séquelles, fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales le plus souvent liées à des extractions instrumentales.

- Complications liées à la césarienne : blessures urétérales, vésicales, suites infectées et surtout oubli de compresses.

Fœtaux:

- Asphyxies périnatales avec décès ; séquelles cérébrales anoxo-ischémiques.
- Paralysie obstétricale du plexus brachial (dystocie des épaules).
- Lésions traumatiques du fœtus lors d'extractions instrumentales (embarrure, lésion oculaire, paralysie faciale, hématome sous-cutané extensif) ou lors d'un accouchement difficile ou d'une césarienne (fracture de membre, plaie fœtale).
- Complications infectieuses néo-natales, notamment décès par méningite ou septicémie

Les différents moyens utilisés pour résoudre ces conflits sont :

Le tribunal administratif

Le tribunal pénal

Le conseil de l'ordre

Les médias

Objectifs

Dans cet article, nous présentant la manière avec laquelle nous agissant, afin d'essayer de désamorcer les conflits médico-légaux et de se préparer à une éventuelle poursuite.

Protocole

Dans notre service, nous nous sommes dits: Pourquoi ne pas affronter directement les conflits à risque médico-légal dès qu'ils apparaissent avant qu'ils ne débordent vers d'autres intervenants, le plus souvent de l'extérieur du service.

D'où l'idée de créer un comité dédié à la gestion des conflits dans le service appelé « comité de gestion des conflits ».

Ce comité comprend:

Un médecin titulaire reconnu pour ses qualités de relations humaines comme représentant du chef de service.

La surveillante générale et la surveillante de l'unité concernée par le conflit.

Dès que le conflit est signalé, il sera automatiquement pris en charge par ces personnes.



Il a pour principes fondamentaux

- Procéder dans la discrétion à l'écoute attentive des différentes parties, d'abord isolément, en s'interdisant d'interrompre la personne qui est en train de parler.
- Recueillir rapidement toutes les informations possibles sur les circonstances de survenue de l'incident ou de l'accident (dossier de malade, personnel médical ou paramédical impliqué, autres personnes...)
- Faire un récapitulatif, afin de cerner les problèmes posés.
- Confidentialité
- Impartialité
- Recherche de la vérité et ne rien cacher au plaignant.
- Affronter le problème en établissant sans délai, dès lors que l'incident est survenu, un contact étroit, permanent et répété avec la patiente et/ou son entourage. Cette attitude montre à la patiente que le dialogue existe et que l'équipe médicale ne fuit pas ses responsabilités et qu'en cas de problème elle « assume ».
- Confrontation plaignant-prestataire de service concernés : rassembler les personnes en conflits afin de les écouter l'un après l'autre, sans les influencer et en ne permettant à aucun moment des écarts de langage ou un manque de respect.
- Cet entretien fondamental doit se dérouler quelles que soient les circonstances, aussi dramatiques soient-elles.
- Nous avons procédé parfois à l'enregistrement vidéo de la confrontation après accord du plaignant, dans un but pédagogique.
- Le médecin responsable de la gestion des conflits n'est pas le chef de service mais une tierce personne choisie parmi les plus âgées et les plus sages.
- Interdire à toute autre personne de s'ingérer dans la gestion du conflit survenu.
- Les explications fournies à la patiente et à sa famille doivent être claires, compréhensibles, conformes à la réalité et à la chronologie des faits.
- Manifester du regret pour ce qui est arrivé, en n'oubliant pas d'exprimer sa sympathie et ses doléances en cas de décès.
- Rassurer le plaignant quant à sa prise en charge ultérieure quel que soit l'avis formulé par le comité.
- Lorsque des erreurs ou des fautes manifestes ont été commises, mieux vaut les reconnaître, ou au moins en formuler l'hypothèse, en soulignant qu'il est facile de discuter a posteriori et difficile de prendre une décision a priori, dans le « feu de l'action ». Cette attitude de grande franchise nous semble préférable, car elle prouve que le médecin sait reconnaître ses limites, ses éventuelles erreurs et qu'il n'a rien à cacher.

Résultats

Expérience du service de gynécologie-obstétrique, CHU Blida.

Le comité a été mis en place en 2009. Nous avons passé en revue les dossiers des conflits durant les dix dernières années au service de gynécologie-obstétriques. Les cas relevant de l'obstétrique dominés de loin.

De 2009 à 2011, nous avons eu 2 cas qui sont arrivés au pénal où les concernés ont été blanchis. Depuis à ce jour, nous n'avons eu aucun cas traité par le conseil de l'ordre ou les tribunaux.

Discussion

Les conflits traités dans notre service durant cette dernière décennie sont en majorité en liaison avec des situations obstétricales, comme signalé dans de nombreuses publications [1,2]. Les principaux motifs des plaintes reçues concordent avec ceux cités par la littérature [2,3]. Ils étaient par ordre décroissant Une prise en charge jugée insuffisante, absente ou inadéquate. Un manquement à l'obligation fiduciaire et/ou au devoir de diligence.

Une mort maternelle, fœtale ou néonatale précoce

Une asphyxie périnatale

Une paralysie du plexus brachial

Un oubli d'un corpus en intra abdominal ou en intra vaginal.

Un sepsis grave post opératoire

Un mauvais accueil

Un défaut d'empathie

Un refus, une absence ou une insuffisance de communication de la part du personnel soignant.

Un report jugé non justifié à une date ultérieure d'une intervention chirurgicale antérieurement programmée.

Une stérilisation tubaire non consentie

Des pertes d'urines ou de selles par le vagin durant la période du post partum ou du post opératoire.

Afin d'essayer de parer à toutes ces situations à risque médico-légal, le comité propose les recommandations suivantes [2,3,4,5].

Volet administratif

Amélioration de l'accueil et de l'orientation

Amélioration, humanisation et désengorgement des locaux de consultation et des unités d'hospitalisation

Doter les services en moyens humains et matériels permettant de répondre à la demande croissante en soins obstétricaux et gynécologiques

Comité de gestion des conflits médico-légaux (pluridisciplinarité, administration)

Volet médical

- Intérêt primordiale du dossier médical et de la traçabilité des faits.

- Déclaration des événements à risque

- Ne s'occuper que de ce qui fait partie de ses compétences.

- Ne pas manquer au devoir de diligence quelque soit les raisons et les circonstances.

- Importance de la formation médicale continue avec des séances de simulations.

- Importance vital de l'information, de l'éducation et de la communication en direction des différents intervenants.

- Mise en place de protocoles de soins afin d'argumenter les prises de décisions selon les recommandations actualisées de bonnes pratiques cliniques.

- Penser à élaborer d'un guide de bonnes pratiques professionnelles en gynécologie obstétrique et qui sera régulièrement actualisé par un comité d'expert.

Conclusion

L'instauration du comité de gestion des conflits a été d'un très grand apport dans notre pratique. Depuis sa mise en place, la plus grande majorité des conflits ont pu être résolus au sein même du service, sans avoir recours au conseil de l'ordre ou à la justice. C'est là, l'un des objectifs de l'obstétrique préventive.

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Bibliographie

1. R.Shojai. Analyse de la sinistralité en gynécologie-obstétrique : expérience d'un CHU en France Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 42, n°1, pp 71-75, février 2013.
2. CNGOF 1997 CAT devant un risque médico-légal. 1997
3. CNGOF 2013. Mise à jour : La commission de recours et d'expertise de Gynerisq
4. Loi de santé algérienne-1985
5. Code de déontologie algérien