

Mises en causes
Savoir faire face

Patrick MERTENS

Hôpital P. WERTHEIMER
LYON

Mise en cause

fait suite à un mécontentement

Sentiment d'insatisfaction

à toutes les étapes de la prise en charge

Avant l'intervention

- ✓ Motifs administratifs (accueil, chambre, contact avec le personnels...) → Résoudre, rassurer, (surseoir)

Après l'intervention

- ✓ Qualités des soins, complications → explications franches.
Aval de tous avant reprise chirurgicale

Après la sortie

- ✓ Administratifs, suites difficiles → Disponibilité, ne pas

En cas de mise en cause

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Être agressif
- Essayer d'arranger l'affaire tout seul
- Communiquer directement au patient ou à l'entourage, conseil de l'ordre, avocat, journalistes...

Ce qu'il faut faire :

- Contacter son assureur, son service juridique pour élaborer une stratégie de défense et de communication
- Préparer son dossier, reconstituer la chronologie

Mises en cause

- Conseil de l'ordre (déontologie, pratique professionnelle)
- Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI)
- Judiciaires
 - Administrative (établissements publics)
 - Civil
 - Pénal

Facteurs de mise en cause
dans le cadre
d'une chirurgie « à
risques »

1. L'indication
2. L'information au patient
3. La technique chirurgicale
4. Le suivi post opératoire

Indications

2 principes

1. **Respect des recommandations**

(HAS, Sociétés scientifiques...)

2. **Traçabilité du processus de décision médicale**

(= bonne tenue du dossier médical)

Indications de techniques chirurgicales **Hors**

par ex : Prothèses discales

recommandations

Kyphoplastie...

Implique une excellente qualité d'évaluation des patients pré et postopératoire de type protocolaire

→ contraintes supérieures

Patient prévenu du caractère « nouveau » et des alternatives de traitement

2- Information au patient Consultation préopératoire

DISCUSSION

avec le patient (*temps et psychologie...*)

= phase d'explications et de recueil de son agrément
à la thérapeutique proposée

Obligation légale donc incontournable

*Son absence serait considéré comme une
impossibilité au patient de se soustraire à un risque*

= perte de chance

Phase de description et discussion

1. Evolution spontanée sans chirurgie
2. Objectifs de l'intervention et ses limites+++
3. Technique employée (schémas, modèles...)
4. Ratio bénéfices / risques +++
5. Alternatives thérapeutiques
6. Impact professionnel (reprise d'activité, reclassement...)


Consultation

Décision d'indication

Courrier au médecin référent

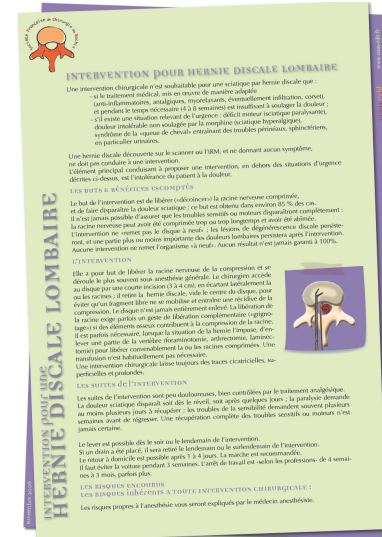
dicté devant le patient

reprenant les points précédents

- 
1. Evolution spontanée sans chirurgie
 2. Objectifs de l'intervention et ses limites+++
 3. Technique employée
 4. Ratio bénéfices / risques +++
 5. Impact professionnel (reprise, reclassement...)

Consultation

Décision d'indication



- Remise de documents d'information
- Remise de l'attestation d'information à signer (documents des sociétés scientifiques ou à rédiger)

Gestes notés dans dossier

DÉLAI

Consultation – Intervention
(hors urgence)

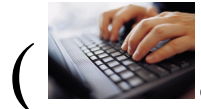
> 1 mois

Minimum pour réf exion du patient
(chirurgie du rachis – à pondérer)

Si < 1 mois à justif er et à tracer
(dans courrier, dossier)

3- Technique chirurgicale

- Jugée sur le CRO descriptif et précis



(attention aux documents standardisés)

- Chirurgien est responsable

de l'installation

de la prescription de l'antibioprophylaxie

Facteurs de mise en cause
dans le cadre
d'une chirurgie « à
risques »

1. L'indication
2. L'information au patient
3. La technique chirurgicale
4. Le suivi post opératoire

4- Le suivi post opératoire

Traçabilité reposant sur un dossier clinique bien tenu

- **Suivi normal**

Obligatoire, documenté (courrier)

si non présentation à un RDV : à noter

- **Infection post op** : Obligation de faire appel à un infectiologue

- **Suivi d'une complication**

Disponibilité, accessibilité, ne pas changer son comportement professionnel

La complication est inhérente à nos professions comme expliqué dans l'attestation d'information !

Délai 1er signes – examen complémentaires – reprise chirurgicale

Mise en cause - Conclusions

Ne doit pas être considérée comme une agression personnelle

Litige à régler et non pas une « offense à laver »

En Neurochirurgie : 1 affaire / 2 ans!!!

A intégrer dans sa pratique professionnelle

Points clefs :

1. Disponibilité - Dialogue
2. Dossier médical bien tenu
3. Courriers dictés devant le patient décrivant la

Collège de Neurochirurgie

Proposition



- Création d'ateliers sur sujets médico-légaux
 - L'information au patients
 - La tenue du dossier
 - La gestion des complications
 - Le CRO
 - Les relations avec les anesthésistes
 - ...
- Partenariat entre neurochirurgiens, experts,

Facteurs de mise en cause - Prévention

1. L'indication

- ✓ Respect des recommandations (sinon protocoliser)
- ✓ **Traçabilité** du processus de décision (Dossier d'observation, courrier)

2. L'information au patient

- ✓  Orale : objectifs et alternatives thérapeutiques et Rapport bénéfices/risques de l'intervention ++
- ✓  **Traçabilité** (Documents d'info – Courriers – Attestation)

3. La technique chirurgicale

- ✓  **Traçabilité** (CRO descriptif précis)

4. Le suivi post opératoire

Mise en cause

A intégrer dans sa pratique professionnelle

Points clefs :

1. Disponibilité – Dialogue
2. Dossier médical bien tenu
3. Courriers dictés devant le patient décrivant la démarche de la décision médicale
4. Collaboration avec service juridique

Présence à la réunion d'expertise