

IMPACT DU MEDICO LEGAL

SUR LES PRATIQUES OBSTETRIQUES ET LES PRATICIENS

Jean Thévenot

Mots clés : Accident médical, épuisement professionnel, assurances, responsabilité.

La gynécologie obstétrique est probablement la spécialité médicale, voire l'une des professions en France, pour laquelle les problèmes de responsabilité professionnelle ont eu ces dernières années le plus d'impact négatif.

L'erreur n'est pas pardonnée et systématiquement recherchée, en particulier quand elle n'existe pas..., ce qui aboutit à des procédures multiples, onéreuses et douloureuses pour tous.

La culpabilisation du professionnel après un accident médical, même s'il en est pas responsable, est à l'origine de dégâts à ce jour mal évalués, mais dont le retentissement est évident ; nous parlons ici non seulement globalement du tarif des assurances des professionnels libéraux ou de la démographie médicale de ces mêmes professionnels, mais aussi à titre individuel des conséquences humaines : les situations de crise et de ruptures induites par ces procédures ont parfois pour aboutissement l'épuisement professionnel (burn-out des anglo-saxons) aux conséquences désastreuses pour de nombreux praticiens.

1/ Des origines aux conséquences précoces:

Parler de l'impact du médico-légal, c'est d'abord parler de **l'accident médical**.

L'accident médical peut être imprévisible (l'aléa), ou peut être lié à une erreur de l'un ou de plusieurs des membres de l'équipe soignante.

Que l'accident médical soit « coupable ou aléatoire », il a de toute façon des conséquences comparables ; car ce n'est bien souvent qu'au terme d'une longue procédure que le caractère aléatoire ou responsable de cet accident médical sera démontré par la justice ;

la justice étant aussi faillible que les médecins, mais le reconnaissant sans doute un peu moins facilement, ses conclusions ne seront pas toujours pertinentes.

Bref, devant une mort maternelle, que ce soit une hémorragie traitée tardivement sans doute évitable ou une embolie amniotique inévitable, la procédure judiciaire ou en CRCI est aussi fréquente, l'incompréhension de l'entourage ayant souvent besoin d'une confirmation judiciaire.

Car l'accident médical grave a d'abord des **conséquences humaines désastreuses pour le patient.**

En obstétrique, il y a deux patients : la mère et l'enfant. L'un ou les deux peuvent être concernés, sans compter le retentissement familial sur le conjoint, le père et le reste de la famille ; l'accouchement devrait être un moment heureux, le bonheur d'accueillir un enfant, le bonheur de voir naître, la joie de créer une famille ; lorsque ce moment se transforme en drame, c'est l'incompréhension ; cette situation est techniquement compréhensible par les professionnels, mais toujours incompréhensible par les familles, par l'entourage ou par tous ceux qui veulent, par souffrance ou par intérêt, démontrer une culpabilité. La première démarche de prévention des conséquences d'un accident médical est la qualité de la gestion de la crise par l'équipe soignante dans ses relations avec le patient et sa famille.

Les **conséquences humaines** désastreuses sont aussi celles des **soignants.**

Les sentiments de culpabilité, le doute sur soi-même, la remise en cause personnelle, sont autant de sentiments qui viennent perturber les suites d'un accident médical pour les praticiens qui ont participé aux soins. L'article dans le journal local, la saisie de dossier, le regard d'un confrère que l'on croit voir se détourner, la vision supposée ou les remarques réelles d'autres membres de l'équipe médicale, le dialogue difficile avec ses proches, sont

autant de signaux extérieurs qui viennent perturber l'équilibre parfois précaire des certitudes intérieures professionnelles.

Ces dégâts sont régulièrement sous estimés et insuffisamment pris en charge. La deuxième démarche de prévention des conséquences d'un accident médical est la qualité de la gestion de la crise par l'entourage de l'équipe soignante vis-à-vis des praticiens qui étaient en première ligne.

Les **conséquences judiciaires** de l'accident médical accentuent les conséquences humaines personnelles pour le soignant.

Après un accident médical, le praticien peut être convoqué par son Ordre professionnel, et être traduit devant une chambre disciplinaire. Il peut être mis en cause dans le cadre d'une action en réparation (procédure civile, administrative ou action en CRCI) ; dans tout ces cas, la réalisation d'une expertise contradictoire annoncée par citation d'huissier ou le courrier de la CRCI restent une épreuve que chacun de ceux qui l'a connue souhaite ne pas revivre.

Enfin, parfois la procédure est pénale, démarche punitive des plaignants ; la comparution devant des officiers de police pour témoigner « *de ce que l'on a fait* » ce jour là en salle de naissance, tel un délinquant, est aussi une épreuve terrible qui amène chacun à réfléchir sur la poursuite de son métier. La troisième démarche de prévention des conséquences d'un accident médical est donc la qualité de l'analyse critique du dossier et de la préparation à l'hypothétique épreuve judiciaire ultérieure.

2/ Les conséquences tardives collectives ou individuelles:

Les conséquences à distance de la mise en cause de la responsabilité des professionnels sont multiples ; elles sont d'ordre général et/ou individuel.

A/ Modification des pratiques médicales

L'accident médical d'une part, mais aussi la recherche de responsabilité amènent à modifier les conduites à tenir individuelles

L'exemple caractéristique en est l'augmentation du taux de césariennes, sorte de pratique médicale défensive dont les effets négatifs commencent à se faire sentir avec l'accroissement du nombre des utérus cicatriciels et son lot de conséquences médicales.

Car il est plus facile de régler par la césarienne tous les problèmes obstétricaux plutôt que d'analyser le monitoring, de surveiller la dilatation, de faire un diagnostic de présentation, tout en gérant les angoisses de la mère, les craintes du père et les états d'âme du reste de la famille qui attend dans la salle d'attente ...

La césarienne programmée réalisée aux heures ouvrables pourrait ainsi être l'ultime solution qui préserve de toutes les anoxies per partum, de tous les plexus brachiaux ou autres lésions périnéales maternelles.

L'augmentation importante du taux de césariennes ces dernières décennies caractérise d'une manière évidente une attitude médicale défensive de nombreux praticiens qui se retrouvent aujourd'hui montrés du doigt dans une attitude schizophrène de notre société où sont critiqués autant l'augmentation du taux de césarienne que les accidents médicaux liés à l'accouchement par voie basse...

Il existe pourtant des solutions : l'augmentation individuelle du taux de césariennes liée à des accidents médicaux et à la personnalité des praticiens doit conduire à des discussions au sein des unités gynéco-obstétricales, des réseaux périnataux et des sociétés savantes ; ainsi peut être trouvé un mode évolutif progressif transformant l'attitude défensive

individuelle en une gestion d'équipe des soins conformes aux données acquises de la science, et qui soit propre aux conditions spécifiques de l'exercice.

C'est le rôle des revues de mortalité et morbidité (RMM). Mais allez participer à une RMM quand vous sortez d'une situation de crise! Pas facile si un collègue ne vous y amène pas...

C'est donc au sein des équipes que par un compagnonnage et une confraternité sans compromis, les solutions doivent se trouver pour accompagner un praticien dans la période postcritique pour **transformer l'accident médical en démarche positive** pour l'ensemble de l'équipe.

Ainsi, dans une démarche commune, la modification des pratiques évoluera non pas vers des attitudes défensives, mais vers une vraie amélioration des pratiques.

B/ Démographie et désaffection des professionnels pour la gynécologie obstétrique

La démographie des gynéco-obstétriciens libéraux est en chute libre, ce n'est pas un scoop.

Lorsqu'un praticien libéral est mise en cause sur le plan civil, ce qui est le cas de la plupart des procédures, c'est lui qui reçoit personnellement la lettre bleue de l'huissier, c'est lui qui est mise en cause à titre personnel, c'est lui qui va à titre personnel participer à la réunion d'expertise. Il reçoit directement lui-même le compte rendu de l'expertise et l'éventuelle mise en cause par l'expert ; et il paiera en conséquence, s'il est condamné, une prime d'assurance ultérieure plus importante.

Il en va différemment pour les praticiens salariés où la responsabilité professionnelle est assurée par la structure au sein de laquelle ils travaillent ; il arrive régulièrement que ces praticiens ne soient même pas informés qu'une procédure les concernent , parce que la plainte civile est gérée par les services juridiques et la compagnie d'assurances de l'hôpital ; ainsi

souvent les praticiens salariés ne participent pas eux même à la réunion d'expertise, non pas qu'ils ne le souhaitent pas, mais parce qu'ils sont souvent même pas informés de la procédure . Et de toute façon, dans la mesure où ils sont salariés, sauf cas exceptionnel de la rarissime « *faute détachable du service* », ils ne verront pas leur prime d'assurance se modifier et ne subiront dans la plupart des cas aucun retentissement sur leur activité professionnelle de la procédure civile ou en CRCI.

Il n'y a que dans le cadre des procédures pénales (plus rares) que tous les praticiens, salariés ou libéraux, sont au même niveau et que les conséquences pénales les impliquent de la même manière ; à un moindre degré, les conséquences disciplinaires concernent également l'ensemble des praticiens.

Cette différence de traitement de responsabilité civile ou administrative est une des origines de la démographie en berne des professionnels libéraux de l'obstétrique par rapport à leurs collègues exerçant en secteur public.

Elle a été à l'origine du désengagement de la pratique de l'échographie obstétricale, il y a quelques années au moment de « l'affaire Perruche », d'un grand nombre d'échographistes; cela a pour conséquence aujourd'hui que dans de nombreuses agglomérations françaises, des femmes enceintes ont des difficultés à faire réaliser leurs échographies obstétricales.

Une autre conséquence en est le nombre en constante réduction des gynécologues obstétriciens libéraux continuant à pratiquer réellement l'obstétrique ; un grand nombre d'entre eux s'orientent en cours de carrière vers la gynécologie médicale, vers l'échographie exclusive ou le diagnostic prénatal, voire vers d'autres activités qui les éloignent de la salle de naissance.

Et c'est souvent l'accident médical qui est le facteur déclenchant de la modification d'activité, sorte de goutte d'eau faisant déborder le vase de la pénibilité professionnelle.

Il en va de même d'ailleurs pour les sages femmes dont un grand nombre abandonne la salle de naissance pour avoir une activité strictement libérale (suivi à domicile, préparation à la naissance ...).

La démographie déclinante des professionnels, qui frappe d'abord les libéraux pour les raisons déjà indiquées, est en train de frapper également les hospitaliers publics ; un grand nombre d'hôpitaux publics ont aujourd'hui le plus grand mal à recruter des gynécologues obstétriciens en France, les jeunes médecins s'orientant vers des activités dont **la pénibilité et la responsabilité** sont moins importantes.

La pénibilité de la profession, les accidents en salle de naissance, les tarifs des assurances, sans parler de l'insécurité ou des incivilités vis-à-vis des professionnels, orientent de plus en plus les jeunes praticiens vers d'autres types d'activités que l'obstétrique, soit en dehors de la gynécologie obstétrique, soit au sein de la spécialité elle-même.

C'est ainsi que les jeunes générations, dont la féminisation est importante (ce qui n'est qu'un élément supplémentaire, mais non déterminant), s'orientent vers la gynécologie médicale, le diagnostic prénatal, la PMA, l'échographie gynéco-obstétricale, l'endocrinologie ou d'autres activités où l'implication personnelle est moins importante qu'en obstétrique.

Les mêmes facteurs sont à l'origine de l'arrêt d'activité précoce des plus anciens des obstétriciens qui abandonnent souvent la salle de naissance à 45, 50 ou 60 ans pour s'orienter vers des activités médicales du même type.

Il faudrait donc réaliser pour nos spécialités une véritable **analyse dynamique de la démographie** encore mal comprise par les décideurs : il y a 30 ans, un obstétricien formé par l'Université exerçait son activité d'obstétrique quasiment jusqu'à l'âge de sa retraite ; la démographie statique qui est plus souvent aujourd'hui prise en compte par les décideurs (les politiques, les ARS, les administrations diverses ...) prend en compte des données fixes non évolutives ; cette démographie statique devrait être remplacée par une analyse démographique dynamique prenant en compte les arrêts précoces de participation à l'activité obstétricale en salle de naissance d'une grande partie des professionnels formés à l'obstétrique et à leur réorientation professionnelle à toutes les étapes de leur carrière.

Au total, la mise en cause répétée des professionnels, qu'elle soit réelle ou supposée, est un facteur général de désaffection pour l'activité en salle de naissance qui devrait être compensée par une adaptation du nombre d'internes en formation, ce qui n'est pas suffisamment le cas à ce jour.

C/ Les tarifs d'assurances

Les tarifs d'assurance sont en hausse constante ; ils ne touchent que peu les professionnels salariés pour lesquels ils restent réduits, mais concernent tous ceux ayant une pratique libérale.

Un gynécologue obstétricien de 65 ans paie aujourd'hui tous les mois près de deux fois plus de ce qu'il payait tous les ans il y a 30 ans en début de carrière de praticien libéral ; même si l'engagement des professionnels libéraux dans la démarche institutionnelle d'Accréditation (HAS, Gynerisq...) permet la prise en charge d'une partie de cette cotisation, cette prise en charge est plafonnée et ne suit pas l'évolution des tarifs assurantiels.

Payer 2000 à 4000 euros par mois pour pouvoir faire de l'obstétrique libérale est une conséquence collective de l'augmentation des litiges d'une part, mais surtout de l'augmentation des indemnisations délivrées dans les procès en responsabilité en gynécologie obstétrique. Ces primes astronomiques non compensées par des revenus attractifs ont pour corollaire une désaffection évidente des jeunes générations pour cette activité médicale.

Les pouvoirs publics n'ont pas su jusqu'alors résoudre l'équation de l'augmentation des primes et de son impact sur les professionnels, l'opacité du lobby des assureurs n'y étant à ce jour sûrement pas plus étranger que le manque d'empressement des syndicats médicaux à accepter une mutualisation à l'ensemble des professionnels médicaux.

D/ Les conséquences individuelles de la mise en cause médico-légale

Si les attitudes défensives, les problèmes de démographies des professionnels ou de tarifs d'assurances sont une conséquence collective évidente retentissant sur l'ensemble de la profession, certaines conséquences individuelles sont bien plus terribles.

L'épuisement professionnel (burn-out des anglo-saxons) est la conséquence plus ou moins directe des accidents médicaux.

L'erreur médicale supposée et la mise en cause de la responsabilité individuelle sont à l'origine d'une remise en cause personnelle des praticiens et d'une modification du regard porté sur soi-même ; ceci a pour conséquence une modification dans le rapport aux autres qui font rentrer certains professionnels dans un tourbillon infernal les amenant à des problèmes personnels de couples, à des problèmes financiers, des rapports difficiles avec leurs associés, leurs secrétaires, leurs collaborateurs... ; des obstétriciens s'orientent vers l'alcoolisme, la toxicomanie, pour lutter contre le stress ou les conséquences psychologiques de situations difficiles à vivre. C'est ainsi qu'en France, si les policiers sont la profession ayant le triste record des suicides, les médecins viennent en seconde position, les gynécologues obstétriciens

n'étant pas épargnés....Il y a quelques années, une étude transversale avait démontré que parmi la population médicale, c'était les obstétriciens qui faisaient le plus d'infarctus avant 50 ans...

Si l'accident médical est souvent la cause des situations d'épuisement professionnel qui mérite une prise en charge spécifique précoce, il en est aussi la conséquence dans une spirale infernale négative où l'échec appelle l'échec.

En sortir n'est possible que dans l'organisation de la profession pour aider celui qui est en difficulté en se disant que c'est peut-être soi-même qui bénéficiera demain de cette assistance confraternelle ; des structures existent, et notre obligation tant confraternelle que d'individu ou de médecin, est d'orienter vers elles un confrère en désarroi. Les équipes soignantes en Maternité partagent des moments intenses tant souvent valorisantes que parfois difficiles ; au sein de ces équipes, chacun doit s'efforcer d'être attentif à l'autre dans une démarche professionnelle que d'autres pays ont su formaliser (Catalogne, Québec.. ;).

Eviter le « burn out » d'un de nos collègues passe par chacun de nous.

3/ La Prévention :

Nous en avons esquissé les contours à chaque étape précédente.

Après un accident médical, il convient au maximum d'en **positiver l'analyse** pour en éviter les conséquences négatives.

Ceci ne peut se comprendre que par une politique de gestion de crise en amont et en aval des situations à risques.

A/ Préparer les professionnels à la situation de crise

Chaque praticien devrait être préparé au fait que, au cours de sa carrière, sa responsabilité sera mise en cause plusieurs fois et que **cette mise en cause correspond à un aléa normal de l'activité professionnelle.**

Il est un paradoxe que voir sa responsabilité recherchée est vécue par beaucoup de professionnels comme vexatoire alors que le même individu saura gérer d'une manière plus normale les aléas de la vie courante (accident de la circulation, accident domestique ...) ou les urgences de son métier (procidence du cordon, anomalies aiguës du monitoring...).

C'est donc le rôle de l'ensemble des organisations professionnelles (Ordre des médecins, Collèges professionnels, Sociétés savantes, Syndicats ...) de préparer les professionnels aux situations de crise ; c'est ce qui est d'ailleurs fait par beaucoup de ces instances.

Dans l'idéal, ceci devrait se faire à l'Université, mais l'étudiant ne s'étant que peu frotté à la difficulté professionnelle n'y est que peu réceptif ; c'est en fait probablement au cours de la vie professionnelle, en se retrouvant face à des situations difficiles, que les professionnels sont mieux à même de comprendre l'intérêt de ces formations.

B/ Gérer immédiatement l'accident médical

La gestion de l'accident médical est une gestion collective de crise avec assistance professionnelle et psychologique proposée aux différents intervenants, débriefing, analyse de dossiers, accompagnement individuel des praticiens, organisation de RMM ... ; ceci devrait, au sein de chaque établissement et groupe de professionnels, être protocolisé et mis en forme pour permettre à partir d'un accident médical quel qu'en soit les circonstances, de tirer vers le haut l'ensemble des professionnels tant individuellement que collectivement.

C/ Développer une politique de gestion des risques

La gestion des risques correspond à une politique d'établissement, de réseau et une politique de prévention individuelle.

La culture d'établissement amène aux « staffs » qui deviennent naturels et systématiques, et à une protocolisation réactualisée des situations qu'elles soient médicales ou médico-administratives.

Les Unités de Gynécologie Obstétrique sont aujourd'hui pour la plupart intégrées dans des réseaux locaux ou régionaux ; la gestion des situations de crise autant que la gestion des risques doit correspondre à un engagement réciproque entre le réseau, l'établissement et les praticiens.

Les praticiens de périnatalité doivent s'engager dans une politique individuelle de gestion des risques ; ceci est une réalité (pour des raisons assurantielles) pour les libéraux engagés pour la plupart dans une démarche individuelle d'Accréditation (Gynerisq) ; les hospitaliers s'y engagent, mais leur engagement individuel doit y être renforcé.

Conclusion

L'impact du médico-légal sur les pratiques et les praticiens est important, tant à titre individuel que collectif et susceptible de retentir sur la qualité des soins.

L'impact positif ou négatif d'un accident médical sur les pratiques et sur les praticiens dépend de la **préparation individuelle** à ce type de situation et de la **qualité de la gestion collective** ultérieure.

Un praticien doit pouvoir « repartir » après un accident médical ; ce redémarrage ne se fait pas seul, mais dans le cadre d'un service, d'un réseau et plus globalement d'une pratique basée sur une **politique de gestion des risques**, dont il faut espérer qu'elles permettent dans les années à venir une diminution parallèle des accidents médicaux au bénéfice des patients, des tarifs des assurances professionnelles dans l'intérêt des praticiens, enfin des litiges soignants/patients pour leur intérêt commun.

Dr Jean Thévenot

Gynécologue obstétricien Clinique Ambroise Paré

387, route de St Simon 31082 Toulouse cedex 1

dr.j.thevenot@orange.fr // jean.thev@wanadoo.fr