

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXI
publié le 3.12.1997**



*VINGT ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1997*

CONDUITE À TENIR EN CAS DE COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES À RISQUE MÉDICO-LÉGAL

R.-C. RUDIGOZ*

Lyon

Le risque médico-légal, naguère pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de la pratique médicale, tout particulièrement en gynécologie-obstétrique.

Cette évolution importante traduit la modification fondamentale du lien unissant le médecin à son patient. Il s'agissait autrefois d'un contrat moral basé sur la confiance réciproque, le médecin s'engageant à œuvrer du mieux qu'il pouvait dans l'intérêt du patient, le malade faisant a priori toute confiance au praticien en étant conscient des limites de la médecine; les litiges étaient, de ce fait, fort rares.

Actuellement, pour des raisons diverses et notamment à cause des progrès réels ou supposés de la médecine, d'une plus grande matérialisation de la société, d'une plus grande vulnérabilité vis-à-vis des aléas de l'existence, les malades ne se comportent plus en patients mais en clients ou consommateurs de soins, établissant avec le médecin un rapport analogue à celui qui unit consommateur et prestataire de services. Le patient lui-même ou sa compagnie d'assurance paye le médecin pour résoudre un problème et a tendance à estimer que le résultat doit être garanti. Il n'y a plus de place pour l'accident, pour l'incident, et tout préjudice même minime est prétexte à réparation.

* Gynécologue-obstétricien - Expert auprès de la Cour d'Appel de Lyon
Service de Gynécologie-Obstétrique - Hôpital de la Croix Rousse
93, Grande rue de la Croix Rousse - 69317 LYON CEDEX 04.

Il est par ailleurs dans l'air du temps de remettre en cause les structures établies qui sont de plus en plus contestées et attaquées. Le « pouvoir médical » n'échappe pas à la règle. Les accidents médicaux sont médiatisés, le compte rendu qui en est fait est souvent tendancieux évoquant une erreur là où elle n'existe pas toujours.

Tout ceci fait que les médecins, et notamment les obstétriciens, sont de plus en plus mis en cause et leur responsabilité engagée. Cette évolution est dans une certaine mesure tout à fait naturelle, les médecins étant des citoyens comme les autres, responsables de leurs actes, susceptibles de commettre des erreurs; cependant les conséquences personnelles et professionnelles sont aujourd'hui telles pour les praticiens : préjudice moral, perturbations dans l'exercice professionnel, augmentation des cotisations d'assurance, que tout doit être mis en œuvre pour limiter les procédures médico-légales.

I. RAPPELS

La responsabilité est l'obligation morale ou juridique de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences [4].

Pour que la responsabilité d'un médecin soit engagée, trois éléments doivent être classiquement réunis :

- une faute commise par le médecin ou par l'équipe soignante;
- un préjudice causé au patient;
- un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

On constate cependant une évolution avec la notion actuelle d'aléa thérapeutique ou de préjudice lourd sans faute.

On doit distinguer différents types de responsabilité médicale [4] :

- La responsabilité médicale peut amener le praticien à réparer pécuniairement (en général via son assurance professionnelle) le préjudice qu'il a occasionné à son malade, c'est la *responsabilité civile*.

Le Code civil retient deux grands types de responsabilités :

- responsabilité contractuelle, lorsque le contrat existant entre le patient et le malade n'est pas respecté. Le médecin s'engage en effet à fournir des soins attentifs, consciencieux, éclairés, conformes aux données actuelles de la science;

- responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle, très rarement invoquée en matière de responsabilité médicale.

Cette responsabilité civile s'applique aux praticiens exerçant de façon libérale exclusive ou aux praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public.

- La responsabilité médicale peut entraîner la condamnation du médecin à une peine d'amende ou de prison. C'est la *responsabilité pénale*, basée sur les articles 319, 320 R 44 du Code pénal qui réprime les homicides ou blessures involontaires.

Cette responsabilité s'exerce aussi bien dans l'exercice libéral que dans le cadre hospitalier, elle n'est bien entendu pas prise en charge par les assurances professionnelles.

- La responsabilité médicale, lorsqu'elle concerne des faits survenus dans le secteur hospitalier public, peut être jugée selon les règles particulières à la fonction publique, c'est la *responsabilité administrative*.

En effet, dans le cadre hospitalier, il n'y a pas de contrat entre le patient et le médecin. Il n'y en a pas non plus entre le patient et l'hôpital; le seul lien existant entre le médecin (agent public) et le malade (usager) est le service public. Il est donc logique de substituer la responsabilité de l'administration à celle du médecin.

- La responsabilité médicale peut enfin être mise en cause devant une juridiction professionnelle, en l'occurrence le Conseil de l'Ordre des médecins, c'est la *responsabilité disciplinaire*.

La juridiction professionnelle veille à l'application du Code de déontologie, elle est indépendante de la juridiction pénale ou civile.

II. SITUATION ACTUELLE

1. Fréquence des poursuites

Même si la médiatisation importante des problèmes de responsabilité médicale fait que l'on en parle plus et plus souvent, il est difficile d'évaluer avec précision la fréquence des poursuites médico-légales dans la mesure où il n'y a pas de chiffre officiel disponible.

Malicier [4] estimait qu'entre 1977 et 1987, la fréquence des poursuites avait été multipliée par deux.

Nous avons pu avoir accès aux dossiers de la principale compagnie d'assurances médicales (le *Sou Médical*) qui, pour la période allant de 1994 à 1996, a recensé en ce qui concerne l'obstétrique et le diagnostic prénatal 77 dossiers, c'est-à-dire environ 25 dossiers par an; pendant la période de 1950 à 1978, 340 dossiers avaient été colligés, c'est-à-dire 12 par an. Certes, tous les incidents signalés ne donnent pas lieu à une poursuite judiciaire et il est incontestable que les incidents ou accidents sont sans doute plus systématiquement signalés aujourd'hui qu'autrefois. Au total, il nous

semble que l'on peut estimer que depuis 15 ans, la fréquence des actions en responsabilité médicale, dans le secteur obstétrical, a été multipliée par 3 environ.

2. Évolution de la jurisprudence

À travers les arrêts rendus, on constate un élargissement du champ de la responsabilité médicale.

C'est ainsi que l'on a reconnu la responsabilité administrative de certains services hospitaliers en cas de préjudice sans faute, lié à un aléa thérapeutique. Parfois, dans le cadre des expertises, les juges demandent non seulement si les soins pratiqués ont été consciencieux, éclairés et conformes, etc., mais également si la solution diagnostique ou thérapeutique choisie était « la plus prudente » (forceps ou césarienne par exemple).

On assiste également depuis peu, à l'occasion de deux arrêts récents rendus simultanément, à une évolution fondamentale du droit en matière d'information du malade. Le médecin devant désormais, en cas d'incident, fournir la preuve qu'une information suffisante a été préalablement donnée alors que précédemment il appartenait au plaignant d'apporter la preuve que l'information qui lui avait été donnée avait été insuffisante.

3. Évolution des procédures et des jugements

La fréquence des actions judiciaires semble avoir sensiblement augmenté au cours des années passées. On constate également deux faits qui aggravent encore les problèmes de responsabilité médicale :

– la plus grande fréquence de plaintes déposées devant la juridiction pénale. Ceci étant bien souligné dans le travail de Malicier [4] concernant 760 plaintes déposées de 1968 à 1977 dans 600 établissements hospitaliers. Le nombre total de plaintes avait doublé de 1968 à 1977, le coefficient multiplicateur a été identique en ce qui concerne les plaintes au pénal, mais surtout, alors qu'il n'y avait pas eu de condamnation pénale en 1968, il y en avait 3 en 1977 ;

– on constate enfin, en tout cas dans la région lyonnaise, une très nette aggravation des peines prononcées par la juridiction pénale. Par exemple : un an de prison avec sursis pour mort maternelle consécutive à une embolie pulmonaire mal diagnostiquée, 2 ans de prison avec sursis pour un handicap psychomoteur consécutif à des décisions inopportunes au cours du travail et notamment un retard à la réalisation d'une césarienne.

Devant cette évolution qui lui est globalement très défavorable, le médecin obstétricien doit avoir trois soucis :

- identifier les situations à risque médico-légal ;
- essayer de désamorcer le risque médico-légal ;
- se préparer à d'éventuelles poursuites médico-légales.

III. IDENTIFIER LES SITUATIONS À RISQUE MÉDICO-LÉGAL

Ceci n'est pas toujours facile.

En effet :

- ce ne sont pas toujours les erreurs les plus lourdes et les plus évidentes à nos yeux qui vont susciter une poursuite ;
- des préjudices importants peuvent n'apparaître ou se confirmer qu'à distance de l'incident initial (retard psychomoteur), si bien qu'à côté des cas évidents où le préjudice est immédiat, il est des cas plus difficiles à reconnaître et à identifier comme situations à risque puisque le préjudice n'est pas d'emblée constitué. Il est enfin des cas où le risque médico-légal est impossible à prévoir. Il s'agit notamment d'événements fâcheux, sans faute médicale caractérisée où l'équipe médicale a le sentiment d'avoir bien fait son travail alors que les patientes suspectent, parfois a posteriori, une faute imaginaire.

Pour essayer de faire ressortir les principales situations à risque, nous avons recensé tous les « événements fâcheux » survenus dans notre service pendant une période de 11 ans ainsi que les dossiers d'incidents ou d'accidents signalés de 1994 à 1996 à la compagnie d'assurance le *Sou Médical* ; nous avons rapproché ces chiffres de ceux publiés en 1982 par le Professeur Soutoul [6] et ceux de la thèse de Joudren [1].

A. Fréquence

- Dans notre service :
 - la fréquence des situations à risque médico-légal en obstétrique est d'environ 1 cas sur 1000 naissances (cf. tableau I) ;
 - la fréquence des situations à risque médico-légal liées à l'activité de diagnostic prénatal, échographie exceptée, est d'environ 1 cas sur 2000 dossiers ;
 - la fréquence des situations à risque médico-légal liées à la surveillance échographique de la grossesse et notamment au non-diagnostic de malformation ou des erreurs d'estimation de gravité est d'environ 1 cas pour 1000 naissances.

Tableau I.
Situations à risque médico-légal en obstétrique

HÔPITAL DE LA CROIX ROUSSE 1986 -1996	
35 008 accouchements	
ACCIDENTS MATERNELS	– 6 décès obstétricaux – 3 fistules (2 recto-vaginales, 1 vésico-vaginale) – 3 compresses oubliées – 1 sepsis grave
ACCIDENTS FŒTAUX (367 décès périnataux)	– 16 décès évitables – 3 POPB avec séquelles – 4 handicaps psychomoteurs ± évitables
TOTAL : 36 ÉVÉNEMENTS FÂCHEUX. 1‰	

On peut donc estimer que dans un établissement qui effectue annuellement 2 000 naissances, il y a environ 5 dossiers qui présentent un risque médico-légal potentiel.

B. Situations à risque médico-légal

Nous ne reviendrons pas sur l'ensemble des situations à risque, elles sont fort nombreuses, certaines ne représentent que des observations isolées ou peu nombreuses.

Nous ne signalerons que celles qui reviennent le plus fréquemment et qui paraissent les plus importantes (cf. tableaux II et III).

1. En obstétrique

Préjudice maternel

- Décès maternel quelle qu'en soit la cause, le préjudice est alors certain, important et définitif, les suites judiciaires sont fréquentes, 2 cas sur 6 dans notre expérience personnelle.
- Lésions périnéales sévères, ruptures de sphincter avec séquelles, fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales nécessitant des interventions; ces lésions sont le plus souvent liées à des extractions instrumentales plus ou moins bien réalisées.

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES À RISQUE MÉDICO-LÉGAL

Tableau II.
Déclarations au Sou Médical - Obstétrique - 1994-1996

TOTAL N = 68	
- souffrance fœtale mal évaluée	22 cas
- dystocie épaule - plexus brachial	11 cas
- hémorragie délivrance - décès	6 cas
- autre décès maternel	2 cas
- lésions périnéales - fistule	3 cas
- compresses	3 cas
- autres	21 cas

Tableau III.
Déclarations au Sou Médical - Diagnostic prénatal - 1994-1996

TOTAL N = 9	
- Anomalie membres	7
- Accident amniocentèse	1
- T 21 méconnue	1

• Complications liées à l'opération césarienne : suites infectées mais surtout oubli de compresses : trois cas dans la série du *Sou Médical* et trois cas dans notre service.

Préjudice fœtal

• Elles sont avant tout représentées par les asphyxies périnatales avec décès et surtout séquelles cérébrales anoxo-ischémiques. Il s'agit là de la catégorie la plus importante (22 cas sur 77 dans la série du *Sou Médical*). Différents problèmes peuvent être évoqués du point de vue médico-légal : qualité de la surveillance de la grossesse et du travail, choix du mode d'accouchement, retard à la césarienne, qualité des soins néonataux.

• Paralysie obstétricale du plexus brachial liée à une dystocie des épaules ou non (11 cas dans la série du *Sou Médical*, 3 cas sur 35 000 accouchements dans notre service). Le préjudice est net et, s'il existe des situations absolument imprévisibles, près d'une fois sur deux la dystocie était plus ou moins prévisible et la conduite de l'accouchement n'a pas toujours été sans reproche : absence d'obstétricien chevronné au moment de l'expulsion.

• Lésions traumatiques du fœtus lors d'extractions instrumentales, forceps (embarrure, lésion oculaire, paralysie faciale) ou vacuum extractor

(hématome sous-cutané extensif); plus rarement lors d'accouchement difficile ou de césarienne (fracture de membre, plaie fœtale).

- Complications infectieuses néo-natales, notamment décès par méningite ou septicémie à streptocoque B, *Escherichia coli* ou herpès virus, mettant en général en question la qualité de la surveillance de l'accouchement ainsi que la qualité des soins périnataux.

Il s'agit donc au total, le plus souvent, de situations classiques et connues. Il faut souligner la recrudescence incontestable de plaintes liées aux extractions instrumentales, qu'elles soient réussies (lésions traumatiques fœtales ou maternelles, handicap résiduel rattaché au forceps et non pas à l'hypoxie qui l'a justifié) ou surtout lorsqu'elles échouent, du fait du retard apporté à la réalisation d'une césarienne.

2. *Diagnostic prénatal*

Les dossiers ne sont pas encore très nombreux mais augmentent de façon très rapide. Il convient de distinguer le diagnostic prénatal classique et l'échographie.

- *En ce qui concerne le diagnostic prénatal classique*, il s'agit surtout de complications liées aux prélèvements (amniocentèse notamment) posant le problème de l'information préalable et de la réalisation technique des gestes. Nous avons pu également retrouver un dossier d'erreur par défaut de diagnostic.

- Un chapitre nouveau et probablement amené à se développer dans l'avenir est apparu depuis quelques années. Il est représenté par l'inflation de plaintes pour *non-diagnostic de malformations fœtales lors d'échographies de surveillance*. Les malformations des membres sont celles qui donnent le plus souvent lieu à poursuite, les malformations cardiaques sont moins souvent en cause. Le problème est délicat car le préjudice est réel mais il n'est évidemment pas rattachable à l'acte médical lui-même. Le reproche qui est en général fait au médecin est de n'avoir pas fait une échographie suffisamment soignée et donc de n'avoir pas diagnostiqué la malformation avant la naissance, ce qui a empêché les parents d'avoir recours à une éventuelle interruption médicale de grossesse (encore que la malformation ne la justifie pas toujours) ou n'avoir pas permis une bonne prise en charge psychologique à la naissance. Les juges évaluent donc plus souvent la qualité de l'examen échographique (appareillage, qualification des échographistes, réalisation de l'examen lui-même) que le préjudice définitif. Ceci pose le problème du contenu et des conditions de réalisation des échographies morphologiques.

Cependant on signale un cas de plainte inhabituelle où il a été reproché à un médecin une suspicion d'anomalie échographique qui n'existait pas en définitive, ayant entraîné une surveillance intensive, source de détresse psychologique chez les parents.

Les situations à risque sont donc assez bien ciblées, celles que nous avons mises en exergue ont déjà été soulignées aussi bien en France [2, 6, 7] qu'à l'étranger [3, 5, 8]. Même si leur reconnaissance n'est pas toujours aisée, il n'est pas douteux qu'à l'avenir le nombre de plaintes pour manquement à l'information préalable va augmenter dans tous les domaines de notre exercice, ce qui va poser des problèmes quotidiens considérables.

Il faut également souligner que la perception d'un même événement peut être très différente d'une patiente l'autre. Telle se plaindra, alors que telle autre, dans les mêmes conditions, sera reconnaissante. Les récriminations ne sont pas toujours adressées directement au médecin ou elles le seront secondairement. Il faut donc être très attentif aux remarques qui sont faites par la patiente, par son entourage, au personnel. Il faut en être informé, en prendre connaissance et au besoin rencontrer la patiente.

IV. ESSAYER DE DÉSAMORCER LE RISQUE MÉDICO-LÉGAL ET SE PRÉPARER À UNE ÉVENTUELLE POURSUITE

Aussi bien dans les cas où de toute évidence une erreur ou une faute a été commise, entraînant un préjudice, que dans les cas où les patientes et/ou leur entourage émettent des récriminations qui paraissent totalement injustifiées, il convient de prendre un certain nombre de précautions destinées à désamorcer les conflits mais aussi à se préparer à un litige médico-légal. Ces mesures incombent principalement au médecin responsable et, dans le cadre du service public, il nous paraît souhaitable qu'elles soient effectuées par le médecin chef de service ou en tout cas par un médecin titulaire reconnu.

A. Essayer de désamorcer le risque médico-légal

I. Établir, sans délai, dès lors que l'incident est survenu, ou dès lors que des récriminations ont été exprimées, un contact étroit, permanent et répété avec la patiente et/ou son entourage. C'est ainsi qu'il nous paraît indispensable d'informer immédiatement les interlocuteurs d'incidents obstétricaux, parfois même au cours ou au décours immédiat de l'accouchement. L'information donnée est alors forcément fragmentaire puisque les conséquences de l'incident ne sont pas toujours connues, elle doit être claire, conforme à la vérité et intelligible pour les interlocuteurs. Cette information ne doit toutefois pas toujours être absolument complète.

Il faut en tout cas qu'un dialogue s'instaure entre la patiente et le médecin traitant et toute l'équipe soignante. Il ne faut pas céder à la tentation d'éviter la malade, d'éviter sa chambre pour éviter les questions embarrassantes. Il faut au contraire passer souvent, que ce soit le médecin responsable d'unité, le chef de service ou le médecin directement impliqué. Cette attitude montre à la patiente que le contact est maintenu, que le dialogue existe et que l'équipe médicale ne fuit pas ses responsabilités et qu'en cas de problème elle « assume ».

2. Les explications fournies à la patiente et à sa famille, à quelque moment que ce soit, doivent être claires, détaillées, cohérentes, compréhensibles, conformes à la réalité et à la chronologie des faits, même s'il nous semble possible d'édulcorer certains aspects. Mieux vaut évoquer une erreur ou un incident qui n'aura pas de suite et que l'on aurait pu en définitive occulter que de ne pas donner d'explications en temps utile sur une erreur qui se révélera engendrer un préjudice.

Ces explications doivent être données par une personne compétente et, dans le cadre du service public, par le médecin chef de service, si cela est possible. Cela lui est d'autant plus possible qu'il jouit encore d'un certain prestige et qu'en général il n'a pas été personnellement impliqué dans les faits incriminés.

Cette information doit être donnée à la patiente elle-même, au couple ou, en cas de décès maternel, à la famille proche que l'on aura convoquée même si cette famille n'émet a priori aucune récrimination, celle-ci pouvant apparaître secondairement, parfois provoquée par une prise de conscience tardive ou par les conseils d'un homme de loi ou d'un confrère mal intentionné.

Cet entretien, fondamental à nos yeux, doit se dérouler quelles que soient les circonstances, aussi dramatiques soient-elles. Il faut prendre son temps et il faut que cette rencontre ait lieu dans un endroit calme, discret, adapté aux circonstances montrant par là l'importance que le médecin accorde à l'information mais aussi le respect que l'on apporte à la douleur des interlocuteurs. Il convient dans cet entretien d'analyser chronologiquement tous les éléments du dossier, d'expliquer toutes les décisions en faisant apparaître les points discutables et en précisant la raison de telle ou telle décision.

3. Lorsque des erreurs ou fautes manifestes ont été commises, mieux vaut les reconnaître, les signaler 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.

4. Dans les cas où un préjudice définitif ou provisoire apparaît certain, il est préférable de faire, le plus rapidement possible, un point précis avec les différents interlocuteurs afin de répondre à leurs questions, de proposer des pistes thérapeutiques. Il nous semble enfin utile de susciter un nouvel entretien d'information, à distance de l'accouchement lorsque l'ensemble des résultats d'examen complémentaires sera connu, lorsque l'état définitif sera acquis afin de faire une synthèse définitive en soulignant les erreurs éventuelles si elles existent.

5. Il convient d'informer très vite le médecin traitant des problèmes rencontrés. Il constitue en général le premier interlocuteur des patients, c'est à lui qu'ils s'adresseront pour avoir des explications que le médecin traitant n'aura pas toujours le loisir de donner. Il sera donc plus simple pour le médecin traitant de donner aux patients une information correcte, en toute connaissance de cause. Cette précaution peut éviter bien des paroles malencontreuses et des complications ultérieures.

6. Lorsque différents services sont concernés (réanimation néo-natale, réanimation d'adulte), il faut informer immédiatement l'équipe médicale des autres services des problèmes qui ont pu survenir lors d'un accouchement afin, là encore, d'éviter dans la mesure du possible des paroles malheureuses qui frappent souvent les patientes ou leur entourage et sont à l'origine d'un grand nombre de plaintes.

7. Il nous paraît également souhaitable de proposer aux patientes de leur remettre un résumé complet de leur dossier, en reprenant tous les éléments importants. Ce document écrit a une certaine valeur et montre que l'on ne cache rien de la vérité. On peut même suggérer aux patientes de le soumettre, pour avis, à un médecin particulièrement compétent ou à un médiateur afin que celui-ci puisse donner un avis autorisé et impartial sur le déroulement des faits controversés. Ce document peut également s'avérer précieux à la patiente lors d'une grossesse ultérieure.

8. Il faut également envisager avec la patiente ou son entourage l'avenir et notamment les grossesses futures en donnant, à la lumière des événements passés, des consignes claires pour la surveillance de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, la prise en charge du nouveau-né. Il faut alors dire à la patiente que l'on demeure à sa disposition, soit pour communiquer tous les éléments du dossier au praticien de son choix, soit pour la suivre le plus attentivement possible à l'occasion de la prochaine grossesse.

9. Répondre à tout courrier, à toute demande d'explications écrites en adressant aux patientes ou à leur médecin les éléments demandés et en proposant systématiquement un rendez-vous.

Le désamorçage des situations à risque médico-légal identifiées passe donc par un dialogue franc et précis entre un médecin ayant autorité et le patient. Il ne faut absolument pas confier cette mission d'information à un subalterne qui ne jouit pas du même prestige, n'a pas la même expérience, ne fournit pas les mêmes perspectives d'avenir et risque d'être maladroit dans son discours. C'est là un exercice très difficile mais à nos yeux indispensable.

B. Préparer d'éventuelles suites médico-légales

Cette série de mesures doit être prise en même temps que les mesures précédentes pour respecter l'adage classique « *Si vis pacem para bellum* ».

1. Réunir tous les éléments du dossier médical

Précaution à prendre immédiatement. Il convient de réunir l'observation, les examens complémentaires, les examens échographiques, de vérifier que le compte rendu des examens cliniques soit écrit clairement et précisément. Qu'il y ait une concordance parfaite entre tous les éléments du dossier (observation et monitoring par exemple). Les examens complémentaires doivent être classés. Des photocopies doivent être faites et placées en lieu sûr; elles permettront de garder un souvenir précis du déroulement des événements. Leur utilisation ultérieure devra cependant être prudente en cas de poursuites médico-légales (respect du secret médical).

Ceci doit être fait très rapidement, le dossier litigieux pouvant dans certains cas être saisi et mis sous scellés peu après les faits.

2. Dans les cas très graves, où le risque de suites médico-légales est élevé et lorsque les intervenants ont été nombreux, il nous paraît indispensable d'organiser une réunion de synthèse peu après les faits afin de rédiger un document complet qui reprendra chronologiquement les actes de chacun, aussi précisément que possible. Ce document devra si possible être approuvé par tous les participants. Il sera remis in extenso à chacun des intervenants et ne figurera pas forcément dans le dossier. Ce document servira ultérieurement pour les dépositions et témoignages afin qu'il n'y ait pas de contradictions dans le déroulement des faits, décrit dans les déclarations de chacun.

3. En cas de décès fœtal ou maternel, il faut demander une autopsie, autopsie classique pour les fœtus et, si les parents la refusent, il

convient de demander une autopsie médico-légale ; autopsie médico-légale en cas de décès maternel litigieux. C'est là une précaution fondamentale, élémentaire ; l'autopsie n'apporte pas toujours d'élément probant mais elle permet parfois de fournir une explication au décès ; elle permet également dans un certain nombre de cas d'innocenter le médecin. C'est une démarche difficile à effectuer, l'autopsie étant souvent spontanément refusée par la famille qui la vit comme une agression supplémentaire. Ce serait une erreur grave de ne pas insister et de ne pas la proposer. Réalisée, elle peut innocenter le médecin alors que, si elle n'est pas faite, toutes les hypothèses et notamment les plus défavorables peuvent être avancées.

4. Il convient également de signaler l'incident ou l'accident au directeur d'établissement qui préviendra le service contentieux ou son service juridique. Il faudra prévenir l'assurance professionnelle qui couvre la responsabilité civile. Les renseignements fournis devront être à la fois précis mais succincts car il ne faut pas perdre d'esprit le maintien du secret médical. Dans les cas les plus graves, lorsque des poursuites pénales sont envisagées, mieux vaut prendre contact avec un avocat habitué aux affaires médicales.

5. Reste enfin à gérer le retentissement médiatique éventuel. La position du médecin incriminé, tenu par le secret médical, est très inconfortable. Il faut se garder de tout entretien intempestif, notamment par téléphone. On peut dans certains cas susciter une conférence de presse à laquelle participeront le directeur d'établissement et les médecins impliqués, en ne perdant jamais de vue le respect fondamental du secret médical.

V. SUITES

1. Parfois rien de fâcheux ne survient, les patientes, ayant reçu des explications claires, précises, cohérentes, décident de ne pas donner suite, qu'il y ait eu erreur ou non. Cette attitude est encore très fréquente. C'est ainsi que dans notre série personnelle (cf. tableau IV) d'événements fâcheux en obstétrique ou diagnostic prénatal, nous n'avons eu que 5 plaintes sur 40 cas, dont 2 classées sans suite, 1 ayant donné lieu à une transaction amiable, 2 ayant donné lieu à un procès, un seul de ces procès ayant abouti à une condamnation. Il convient toutefois d'être toujours très prudent, la prescription étant de 30 ans pour la procédure civile, de 4 ans pour le Tribunal administratif et de 3 ans pour la procédure pénale.

*Tableau IV.
Hôpital de la Croix Rousse - Événements fâcheux - Suites médico-légales*

	N	Transaction amiable	Action médico-légale
ACCIDENT MATERNEL			
DÉCÈS	6	1	1 (déboutée)
Autres	6	–	1 classée sans suite
ACCIDENTS FŒTAUX			
Décès évitables	16	–	1 classé sans suite
Plexus	3	–	–
Handicap	4	–	1 (en cours)

2. Parfois des signes « inquiétants » apparaissent

Des courriers émanant de la patiente ou de sa famille sont adressés soit au médecin, soit au directeur d'établissement, comportant des demandes d'information, des récriminations, des demandes de transmission de dossier. Il convient de répondre à toute demande de renseignements, de transmettre les dossiers au médecin désigné. Il faut toujours faire un courrier proposant un entretien, afin de rediscuter avec les plaignants de la teneur, du bien-fondé de leurs récriminations. Si une faute certaine a été commise et surtout si le préjudice est important, il faut envisager, par l'intermédiaire de la compagnie d'assurances ou du service contentieux de l'établissement, de recourir à un accord amiable, basé sur une expertise amiable.

3. Ailleurs, qu'il y ait eu ou non des signes avant-coureurs, on apprend qu'une plainte a été déposée, l'attitude des médecins doit différer selon la nature de la plainte.

– *S'il s'agit d'une plainte devant le Tribunal administratif,* le médecin n'est pas mis directement en cause, sauf faute grave il ne risque rien, si ce n'est des désagréments et tracas administratifs, sources de complications et de perte de temps. Une expertise sera demandée, le dossier médical sera transmis à l'expert. L'expertise administrative est contradictoire, l'expert convoquant les plaignants ou leur représentant, l'établissement de soins ou son représentant. Le chef de service peut être convoqué en tant que représentant de l'établissement. Il nous paraît souhaitable que les médecins répondent à toute convocation en vue d'expertise. C'est le meilleur moyen d'exposer son point de vue.

– *S'il s'agit d'une plainte devant la juridiction civile.* Le défendeur (le médecin) reçoit une assignation à comparaître du tribunal. Le défendeur doit contacter sa compagnie d'assurances qui assurera sa défense. L'avocat de la compagnie d'assurances suivra le dossier et une expertise sera dans l'immense majorité des cas ordonnée à laquelle le défendeur est convoqué. L'expertise civile est une expertise contradictoire.

Cette expertise est un des temps capitaux de l'action. Des conclusions de l'expert dépendront en grande partie la suite donnée au dossier et la condamnation s'il y a lieu. Là encore il nous semble très important que le médecin mis en cause participe lui-même à l'expertise afin qu'il puisse fournir toute explication. Lorsque l'expertise lui paraît défavorable ou lorsque les questions posées à l'expert par le magistrat lui paraissent tendancieuses, il peut remettre à l'expert, par l'intermédiaire de son avocat, un mémoire où il reprendra les points qui lui paraissent les plus importants. Le principal problème posé par ces expertises médico-légales est représenté par la qualité de l'expert lui-même qui n'est pas toujours absolument compétent dans un domaine ultra-spécialisé ou du fait de son expérience éloignée des réalités de l'obstétrique quotidienne ou qui encore, pour des raisons parfois obscures, n'est pas animé d'un sentiment d'équité vis-à-vis de ses confrères. Il est possible, avec des motifs sérieux, de réfuter un expert et de demander la nomination d'un autre expert.

La défense du médecin est bien évidemment très importante mais, dans le cadre de procédure civile, le médecin lui-même ne risque pas grand-chose si ce n'est des blessures d'amour-propre puisque la condamnation financière sera supportée par la compagnie d'assurance.

– *S'il s'agit d'une plainte déposée devant le Conseil de l'Ordre,* le dossier sera instruit par un conseiller régional qui fera un rapport. À l'audience participeront le plaignant ou son représentant et le défendeur qui peut être assisté d'un confrère ou d'un avocat. La procédure ordinale peut venir en sus d'une procédure civile ou pénale.

– *S'il s'agit d'une plainte devant la juridiction pénale,* le Procureur de la République fait procéder à une enquête préliminaire au cours de laquelle le défendeur devra déposer devant un officier de police qui rédigera un procès-verbal. Au terme de cette enquête préliminaire, le Procureur de la République peut clore le dossier sans suite ou ouvrir une information qui sera confiée à un juge d'instruction. Celui-ci fera en général suivre le dossier et demandera une expertise. Cette expertise pénale n'est pas contradictoire. Elle est en général faite sur pièces, c'est-à-dire par un expert unique qui analysera le dossier et les procès-verbaux de déclaration. C'est dire l'importance capitale de la

tenue du dossier et l'importance fondamentale de la déclaration que le médecin incriminé sera amené à faire dans le cadre de l'enquête préliminaire.

Au terme de l'instruction, le juge d'instruction peut ou bien prononcer un non-lieu, ou bien transmettre le dossier au Tribunal correctionnel, le patient étant mis en examen. Il s'agit là d'une étape fondamentale dans le déroulement de la procédure car le médecin risque alors une condamnation lourde, amende ou peine de prison.

Il faut donc, dès le début de la procédure pénale, contacter un avocat compétent dans le droit médical afin d'organiser au mieux sa défense, sans attendre la mise en examen. Il faut bien savoir que la position de la défense est difficile à tenir puisque le médecin n'est en général pas entendu par l'expert et qu'il a de ce fait de grosses difficultés à défendre son point de vue. Il est par ailleurs limité par le secret médical alors que le plaignant, lui, peut s'entourer de tous les avis spécialisés possibles.

Cependant toutes les plaintes ou vellétés de plaintes ne donnent toutefois pas lieu à poursuites ou condamnations.

Dans notre expérience, moins d'une erreur sur dix aboutit à une plainte officielle.

À l'inverse, même lorsqu'une erreur ou faute a été commise, il n'est pas rare que la patiente revienne de nouveau dans le même service, en estimant que, compte tenu des erreurs passées, l'équipe sera particulièrement informée, particulièrement vigilante. C'est ainsi que parmi 16 patientes ayant perdu de manière regrettable un enfant, 10 sont encore suivies par nos soins et 8 ont accouché de nouveau dans notre maternité (cf. tableau V).

*Tableau V.
Hôpital de la Croix Rousse - Événements fâcheux - Suites obstétricales*

	N	Patientes toujours suivies dans le service	Accouchements ultérieurs
Décès maternels	6	–	2 (sœurs)
Autres événements maternels graves	7	5	1
Décès périnataux évitables	16	2	8
Plexus brachial	3	2	1

AU TOTAL, notre discipline a connu de très nombreuses évolutions au cours des vingt dernières années. L'aggravation du risque médico-légal n'est pas l'évolution la plus réjouissante; il est certain que cet aspect devient lourd à supporter et qu'il est pour une bonne partie responsable de la désaffection qui frappe actuellement notre spécialité.

Pour les courageux qui trouvent encore beaucoup de charme à pratiquer l'obstétrique, il convient d'adopter une pratique prudente en fonction de ces données nouvelles, en mettant l'accent sur l'information préalable des patientes tant dans le domaine obstétrical que dans le domaine du diagnostic prénatal.

Résumé

La fréquence des poursuites médico-légales en obstétrique a été multipliée par trois au cours des 15 dernières années.

La responsabilité médicale est aujourd'hui beaucoup plus vaste qu'hier. Si le médecin est toujours tenu de donner à son patient des soins attentifs, éclairés, soigneux, conformes aux données de la science, il doit également choisir maintenant l'attitude la plus prudente. Le médecin doit également une information préalable, éclairée et complète. Il est même parfois reconnu coupable d'un préjudice alors qu'il n'y a pas eu de faute.

- *L'identification des situations à risques médico-légaux est en général aisée. Il s'agit des situations où il existe un préjudice maternel certain : décès maternel, hystérectomie, lésions périnéales, lésions des tractus urinaire ou digestif.*

Il s'agit également de situations où le préjudice fœtal est certain, décès périnatal, handicap psychomoteur, paralysie du plexus brachial, infection néonatale.

Il faut souligner la fréquence croissante des plaintes concernant des extractions instrumentales.

Il est enfin des cas où la reconnaissance des situations à risques est beaucoup plus difficile puisque le préjudice n'apparaîtra que de manière différée.

- *En cas de situation à risque, il faut d'une part essayer de désamorcer la plainte médico-légale, ceci passant par une information précise, complète de la patiente, de son entourage, de son médecin traitant. Il faut également se prémunir contre d'éventuelles suites médico-légales en constituant un dossier très complet comportant tous les éléments cliniques et paracliniques. Il faut dans les cas les plus graves demander une autopsie et il faut prévenir le service juridique de son établissement de soins ou sa compagnie d'assurances.*

- *Ultérieurement, il faudra apporter beaucoup de soin à la défense, notamment en participant de manière positive aux opérations d'expertise. Il faudra*

surtout être extrêmement vigilant lorsqu'une plainte aura été déposée devant la juridiction pénale. C'est en effet la seule situation où le médecin risque une condamnation lourde. Il faut donc, dès le début, prendre contact avec un avocat compétent en droit médical afin d'assurer sa défense de manière aussi efficace que possible.

Même si on peut le regretter, la dimension médico-légale fait désormais partie intégrante de l'obstétrique et du diagnostic prénatal. Il faut exercer en fonction de ce nouveau paramètre en étant particulièrement prudent et en étant particulièrement attentif à l'information préalable des patientes.

Bibliographie

1. Joudren G. La responsabilité médicale hospitalière en France, à propos d'une étude portant sur 600 hôpitaux publics de 1968 à 1977. Thèse Médecine Lyon I - 1979.
2. Husson R. Rapport au Conseil d'Administration pour 1990. La lettre du Sou Médical. Concours Médical 1991; 112 : 2413-2414.
3. Lynch CB, Coker A, Dua JR. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. Brit J Obstet Gynaecol 1996; 103 : 1236-1242.
4. Malicier D, Miras A, Feuglet P, Faivre P. La responsabilité médicale. Données actuelles. Éditions A. Lacassagne Éditeur, Lyon, 1992, p. 31-34.
5. Rajasekar D, Hall M. Urinary tract injuries during obstetric intervention. Brit J Obstet Gynaecol 1997; 104 : 731-734.
6. Soutoul JH, Chazara Ch, Frogé E. Le risque médico-légal en obstétrique. J Gyn Obst Biol Repr 1982; 11 : 285-300.
7. Soutoul JH, Pierre F. Responsabilité médicale en obstétrique et en néonatalogie. Encycl Med Chir, Obstétrique, 5150 C10 5 - 1989, 16 p.
8. Ward CJ. Analysis of 500 obstetric and gynecologic malpractice claims. Causes and prevention. Amer J Obstet Gynecol 1991; 165 : 298-306.