Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2012, 65, 1, p. 49-51

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHLÉBOLOGIE
CANADIAN SOCIETY OF PHLEBOLOGY

Conduite à tenir devant un accident-incident en évaluant l'aspect médico-légal et non médical. Comment faire pour être pas ou peu critiquable dans le cadre d'une plainte éventuelle ?

Course of action to follow in cases of accidents-incidents by evaluating the medical-legal and not the medical aspects. How to minimize or avoid criticism in cases of complaint.

Marabelle B.

La plainte

Préambule

Latente, imminente, ou déjà présente, la « plainte » semble céder la place à la « complainte » que gère le médecin tous les jours, depuis si longtemps…

La plainte prend un **nouvel aspect contractuel juridique** (ou médico-légal) qui **bouleverse** la relation entre le patient et le médecin depuis l'importante réforme de la « Loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner), relative aux droits des malades. »

Le médecin avait, traditionnellement, pour « **mission** » (selon l'Organisation Mondiale de la Santé) d'apporter aux patients un « ***soulagement physique, moral et social*** ». Il remplissait ce rôle social sur un mode paternaliste bienveillant et familiale.

La **politisation de la vie sociale** et de nos dirigeants (parmi lesquels ont trôné ou trônent au plus haut niveau les avocats) voulant « **assujettir** » la médecine, a permis au **patient /consommateur** de revendiquer le « **droit à la santé** » avec le nouveau **risque sémantique et comportemental**, de « **l'exigence à la santé** », et harcèlement, nécessitant d'établir des « parades juridiques »

La « mission » telle que définie par l'OMS, cède le pas à la « **fonction** » **médicale**, laissant le médecin devenir simple « **outil** » soumis à l'exigence du patient :
1) le patient veut « **savoir** » (sans avoir appris, et sans préacquis) ;
2)« **comprendre** » (avec sa capacité limitée et souvent déniée) ;
3)« **choisir** » de vivre ou de mourir à sa guise, discuter d'être soigné ou pas.

À défaut, il **porte** « **plainte** », accuse le médecin de ne pas céder à ses « exigences » (confondant le « **Droit** » avec « **j'ai le droit** »).

Toutefois, si le médecin prend la responsabilité de **céder au choix** du malade au péril de la vie de ce dernier, le juge **pourra l'accuser** de perte de chances pour le patient .

Cette « **notion de perte de chances** » reste confuse (avec beaucoup de volte-faces récentes, même en Cours de Cassation) : elle doit toutefois être mise **en avant, dans la réflexion et la décision du choix thérapeutique**, face aux exigences dont le patient n'a pas toujours conscience dans la finalité.

Bernard Marabelle, médecin vasculaire, expert près la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 145, rue d'Antibes, 06400 Cannes, France.
E-mail : bernardmarabelle@wanadoo.fr
Accepté le 29 janvier 2012

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Que faire face à la plainte ?

Il est difficile d'apporter comme parade à la « plainte », une conduite « **uniciste** » comme un « gold standard » dont savourent les Anglo-Saxons, **encadrant** et entravant dangereusement notre responsabilité.

Pour le juge, seule la « **fin** » **justifie** les moyens ; peu importe les moyens utilisés s'ils sont conformes aux compétences du médecin, et à ses connaissances actualisées.

Il est important que le médecin connaisse aussi les différents types de responsabilité : pénale, civile, administrative, déontologique, morale.

Les principales accusations qu'utilisent les avocats pour mettre en péril les médecins sont le **défaut d'information**, et la **perte de chances**.

L'information

L'information doit être **loyale** : elle ne trompe pas le patient, elle lui permet d'apprécier le rapport bénéfice/risque. Elle décrit tous les risques dès qu'ils sont graves, fréquents ou exceptionnels « normalement prévisibles » (prouvés certains et directs).

L'information doit être **claire** : le médecin doit se mettre à la portée du patient par un vocabulaire simple (ni simpliste, ni jargon technique) pour un consentement éclairé, y compris sur les impacts financiers.

L'information doit être **appropriée**, en tenant compte de l'âge, du degré de maturité : le soin est-il nécessaire, utile, urgent, de confort ou esthétique ? Existe-t-il des alternatives de traitement ?

La notion de perte de chances

Même si le patient a été bien informé, le traitement prodigué aux patients pourra avoir des conséquences physiques (telles que thrombose même intercurrente) ou psychiques (telles que mauvais vécu de la douleur rebelle post-traitement), qui n**'auraient pas eu lieu** sans le traitement…

Inversement, l'absence de traitement pourra favoriser des ulcères cutanés, des thromboses veineuses extensives, des hémorragies sur varices…

L'évaluation suppose que l'on distingue entre l'**état final du patient**, correspondant à son préjudice de santé globale, et les **conséquences de la perte de chance** ouvrant seules droit à réparation, et correspondant à une fraction de ce droit.

L'être humain est une « **entité irrationnelle** » avec une empreinte génétique unique et labile, en contradiction avec le carcan du « **cadre juridique** ».

Il s'agit bien là d'un domaine bien complexe, abscons, nécessitant une aide médico-légale, qui échappe au bon sens et au raisonnement bien construit du médecin, par **ignorance ou déni de méconnaissance**.

Les connaissances « fondamentales »

Elles pourront atténuer la plainte du patient.

Ainsi, dans le « cadre » de la maladie veineuse superficielle chronique : « dix recommandations » 'prophylactiques', **avant tout geste** :

Obligations et garanties du médecin opposables au patient

1) Être titulaire du titre de Docteur en Médecine, et inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, justifiant de sa **compétence** et qualification dans le domaine vasculaire (capacité en angiologie ou qualification agrées par le Conseil de l'Ordre), et pouvoir justifier d'une formation théorique et pratique équivalente, en échographie, et une formation spécifique à la technique utilisée (écho-sclérose, endo-laser, phlébectomies, etc.) qu'il appartiendra de prouver.

2) Établir un **dossier médical**, avec le motif de consultation, les antécédents pouvant interférer avec ce geste (thromboses veineuses, thrombophilies, allergies), et les critères d'inclusion ou d'exclusion.

3) Expliquer le **bénéfice/risque** par une information loyale, éclairée, et appropriée en proposant les alternatives possibles : l'abstention, la contention, la chirurgie classique (stripping) ou alternative (laser, closure, etc.) en précisant au patient qu'il n'existe aucune validation scientifique au sens strict du terme, dans un référentiel reconnu et établi par la Haute Autorité de Santé.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

4) Expliquer que ce traitement vise à **limiter l'évolution** de la maladie veineuse superficielle qui est chronique, et ne peut donc la guérir définitivement.
5) Expliquer la **méthodologie**, ses modalités, les avantages et les contraintes inhérentes, que la **décompensation** concomitante d'une pathologie sous-jacente **intercurrente** (thrombose veineuse, un infarctus du myocarde par exemple) ne sera pas automatiquement **imputable** au traitement.
6) Laisser un **délai de réflexion** suffisant (supérieur à 15 jours) permettant d'accepter ou de refuser les soins. obtenir du patient, l'assurance de l'observance des recommandations prescrites (lui fournissant des documents avant et après les actes.
7) Informer sur le **coût** et les limites de remboursement liées à la CCAM (un devis écrit est obligatoire au-delà de 300 €).
8) Remettre un document d'« **accord pour le traitement** », dont la **seule finalité** est de justifier que les **informations** orales et écrites ont bien été **produites et remises** au patient (**preuve majeure** mais pas suffisante pour le juge, l'information n'ayant pas de lien direct avec la **perte de chances** liée à l'acte, par action ou par omission…).
9) Assurer un **suivi** en laissant un numéro d'appel, en cas d'effets secondaires mineurs ou majeurs.
10) Remettre des **comptes-rendus** : bilan initial, compte-rendu d'intervention, bilan de contrôle, copies pour le médecin traitant et fiche conseil.

En cas de plainte

Les « dix recommandations » 'prophylactiques' après le geste (par action ou omission) :

1) Prendre du **recul**.
2) **Vérifier soi-même** qu'il s'agit bien d'une « faute », avant de se culpabiliser (on a souvent des attitudes réflexes induites par les circonstances au moment de l'événement).
3) Bien **compléter** (p**as falsifier**…) son dossier médical.
4) Prendre conseil auprès d'un **confrère / ami** sur l'attitude qu'il aurait eu dans les mêmes circonstances.
5) Rester **neutre** avec le malade, en assurant le « **suivi** » (l'appeler régulièrement, entrer en rapport avec le médecin traitant, ou les médecins qui assurent le suivi).
6) Informer son **syndicat** et prendre conseil sur la marche à suivre (l'adhésion à un syndicat est la **base de toute défense juridique** pour le médecin , l'obligation d'assurance visant à protéger d'abord les intérêts du malade).
7) **Prévenir** le **Conseil départemental de l'Ordre des médecins** (demander à parler à un de ses juristes).
L'Ordre est une interface juridique et **judiciaire**, avec un rôle de médiation en **premier ressort** pour les patients (avant renvoi vers le conseil régional, et éventuellement national).
8) **Écrire à son assurance professionnelle**, qui déléguera son service juridique (ne pas s'en contenter, ils ne connaissent pas les **spécificités** des actes phlébologiques).
9) Faire appel à un **avocat rapproché** sensé **bien connaître** le domaine médical.
10) Et « si tu veux parler, commence par te taire »… et **laisser parler ou agir** le syndicat, l'Ordre, et l'avocat tout en ayant fait soi-même un dossier bien étayé…

Conclusion

La vérité médicale peut être une pyramide.

Son sommet est constitué par la médecine factuelle (**Evidence based medecine**), au-dessus de la strate que constituent les avis d'experts (Eminence based medecine), pouvant établir des consensus de références (et parfois des référentiels de consensus).

Sa base est constituée par le patient (**Patient based medecine**).

Le médecin est seul avec ses propres connaissances (**Personnal clinical judgement**), soumis à la complainte légitime et consumériste du patient.

La moindre **blessure narcissique** du corps ou de l'esprit du patient suscitera la « **plainte** ».

Il convient plus que jamais, pour le médecin, de **rester serein**, « **intouchable** ».

Mais il faut pour cela, ne pas méconnaître les **parades médico-légales** avec leurs **protocoles bien étayés**.