

Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

Pratique de médecin conseil-expert en pédiatrie : quels enseignements en tirer pour l'exercice des pédiatres ?

RÉSUMÉ : Tous les pédiatres et pas seulement les néonatalogistes seront confrontés à une expertise au cours de leur carrière. Il est important de s'y préparer. Les procédures sont le plus souvent à visée de réparation, la victime ou sa famille voulant être indemnisée de préjudices souvent lourds.

Les pédiatres doivent se protéger en étant rigoureux dans leur pratique, en traçant leur activité, en s'adaptant à leur mode d'exercice. Le maintien d'un lien avec les familles est fondamental. La gestion et la prévention des risques doivent faire partie aujourd'hui de la formation de tout pédiatre.



O. PHILIPPE
Hôpital Américain, NEUILLY-SUR-SEINE.

Connaître les procédures existantes

Chacun d'entre nous sera de façon certaine confronté à une expertise médico-légale dans les années prochaines pour un acte récent ou ancien, un patient ayant jusqu'à 10 ans après sa majorité (soit 28 ans) pour entamer une procédure. Il en existe deux types :

>>> Les procédures accusatoires où le patient et/ou sa famille cherchent à faire sanctionner le médecin soit par un tribunal (tribunal de police, tribunal correctionnel), soit par une chambre disciplinaire ordinaire.

>>> Les procédures civiles d'indemnisation devant un tribunal administratif, de grande instance ou une commission de conciliation et d'indemnisation (CCI), où le patient et/ou sa famille cherchent à obtenir réparation pour des préjudices dont ils pensent être victimes. Dans ce cas, il faut prouver que les préjudices sont en lien direct et certain avec l'acte médical du praticien qu'ils mettent en cause, et que ces actes n'ont pas été conformes aux bonnes pratiques à l'époque des faits. La responsabilité du praticien peut être totale, liée à une

négligence, une méconnaissance ou une erreur de raisonnement, ou il peut s'agir d'une perte de chance, notion très large qui permet de dire qu'un comportement médical différent aurait pu dans une certaine proportion éviter la survenue d'un accident à l'origine des préjudices (*tableau I*).

La perte de chance peut se définir comme la perte raisonnable d'un avantage futur. Cela peut être une perte de chance de guérison ou de survie, une erreur de diagnostic ou un retard de prise en charge (très fréquent en pédiatrie), ou une perte de chance de se soustraire à la réalisation d'un risque.

Dans tous les cas, il ne peut y avoir indemnisation que s'il y a faute avérée. En effet, l'article L.1142-1 I du Code de la santé publique dispose que "*les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute*". Il s'agit d'un régime qui implique la démonstration de trois éléments à savoir une faute, un dommage et un lien de causalité entre la faute et le dommage. La seule existence d'une faute ou d'un dommage est insuffisante pour permettre d'engager

Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

	Action pénale	Action civile		
		Contre un professionnel ou un établissement de santé privé	Contre un professionnel ou un établissement public de santé	
Objet	Sanction des fautifs	Indemnisation de la victime		
Auteur de l'action	Le parquet (procureur)	La victime		
Compétence	Juge répressif (tribunal de police, tribunal correctionnel, cour d'assises)	Tribunal de grande instance	Tribunal administratif	CCI
		Cour d'appel	Cour administrative d'appel	
		Cour de cassation	Conseil d'État	
Délai de prescription de l'action	Contraventions: 1 an Délits: 6 ans Crimes: 20 ans	Actes de prévention, diagnostic ou soins : 10 ans à compter de la majorité		

Tableau I : Les différentes procédures. CCI : commission de conciliation et d'indemnisation.

la responsabilité d'un professionnel de santé, dès lors qu'il n'existe pas de lien de causalité entre les deux.

Plus de 9 fois sur 10, les praticiens sont mis en cause dans des procédures civiles qui peuvent être judiciaires et contentieuses, devant un tribunal administratif pour un praticien hospitalier ou un tribunal de grande instance pour un praticien libéral, ou ce sont des procédures amiables de règlement en CCI des accidents médicaux si le dommage remplit certaines conditions cumulatives (acte en cause soit imputable à une activité de diagnostic, de prévention ou de soin réalisé à compter du 5 septembre 2001 et de caractère de gravité avec un taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique [AIPP] supérieur à 24 % ou un déficit fonctionnel permanent [DFP] supérieur à 50 % pendant au moins 6 mois consécutifs). Il s'agit d'une procédure gratuite pour le patient.

Dans tous les cas, le tribunal ou la CCI désigne un expert indépendant (ou un collègue d'experts) qui va suivre une mission adaptée à l'affaire en cause, au cours de laquelle il va réunir les pièces qui lui sont transmises, organiser une réunion entre les différentes parties afin de préciser tous les éléments d'ordre technique et humain

relatifs à l'incident en cause, et à l'issue de laquelle il rédigera un rapport destiné à éclairer techniquement le juge ou la CCI et non pas à faire la justice lui-même.

Ces expertises sont toujours contradictoires, obéissant à un principe fondamental de droit. Le respect absolu du principe du contradictoire est obligatoire à tous les stades de l'expertise : choix de la date d'examen, échange des pièces, doléances, réunion d'accès, conclusions du rapport.

Ces réunions se déroulent en plusieurs temps :

- lecture de la mission ;
- exposé des doléances et des griefs par les plaignants ;
- rappel des faits à partir des dossiers fournis par les différentes parties de façon contradictoire ;
- examen clinique de l'enfant ;
- discussion médicale ;
- discussion médico-légale afin d'évaluer la responsabilité et l'imputabilité pour chacun ;
- évaluation des préjudices temporaires jusqu'à la consolidation des lésions, en général 18 ans, selon la nomenclature Dintilhac ;
- estimation des préjudices futurs.

Lors de ces réunions, chaque partie s'exprime pour faire valoir ses positions et donner des compléments d'information, l'expert doit veiller à la bonne tenue des échanges et peut suspendre la réunion si ce n'est pas le cas. À l'issue de cette réunion, un rapport est rédigé par l'expert. Au vu de ce rapport, l'accident peut ne donner lieu à aucune indemnisation car il est qualifié d'accident non médical ou d'accident médical non fautif, le lien de causalité ne pouvant être établi de façon directe et certaine, ou l'accident peut donner lieu à une indemnisation en cas de responsabilité établie du praticien et dans une certaine proportion.

Dans les procédures CCI, la commission rend un avis et l'assureur du médecin doit faire une proposition d'indemnisation à la victime dans les 4 mois qui suivent. Dans les procédures judiciaires, c'est le juge qui fixe le montant de l'indemnisation en rendant un jugement de première instance.

Ces expériences pour les praticiens et peut-être encore plus pour les pédiatres libéraux sont difficiles à vivre humainement. La douleur des familles est au premier plan, visible, palpable, la confrontation est toujours une épreuve, leur pratique médicale est analysée, débattue, même lorsqu'il n'y a aucun manquement, et les praticiens ont du mal à intégrer que ces expertises ne sont pas accusatoires. Afin de s'y préparer, nous proposons un certain nombre de conseils pour la pratique.

Connaître les bonnes pratiques et les recommandations dans son domaine de compétence

Cela paraît évident mais c'est un prérequis. Les pédiatres de ville et hospitaliers sont confrontés à des pathologies courantes bien connues mais les recommandations de prise en charge évoluent, il faut les connaître et les appliquer.

En pédiatrie générale et en néonatalogie, des recommandations sont régu-

lièrement publiées et mises à jour par les sociétés savantes (Société française de pédiatrie, Société française de néonatalogie). Ces sociétés publient aussi des conférences de consensus. La Haute Autorité de santé fait également des recommandations, les experts se reportent toujours à ces publications, qui font loi, ou se réfèrent à des bibliographies. Il faut, le jour de l'expertise, connaître les recommandations et la bibliographie à l'époque des faits et récuser les publications postérieures aux faits.

Dans notre expérience, lorsque les pédiatres ne suivent pas ces recommandations, les experts le leur reprochent et, lorsqu'ils les suivent, certains experts disent ne pas en tenir compte et qu'il fallait adapter leur comportement à la situation clinique mais, en règle générale, mieux vaut les connaître et les suivre.

Les pédiatres peuvent aussi être confrontés à des situations rares voire exceptionnelles, qu'ils n'ont jamais rencontrées. C'est là où leur formation et leur raisonnement doivent les faire avancer "pas à pas". L'important est que, le jour de l'expertise, où l'analyse devient rétrospective, l'expert puisse apprécier et comprendre leur raisonnement prospectif. Cela est fondamental, car nous savons bien qu'en médecine, il est impossible de tout connaître et, souvent, les signes prodromiques ou initiaux sont frustes et trompeurs mais essentiels (le début de l'histoire... comme nous l'enseignait le Pr Huault). Ce raisonnement doit apparaître dans le dossier des patients et doit pouvoir être compris et tracé des années plus tard.

La nécessité d'avoir un dossier correct

C'est le corollaire du point précédent. L'expert doit pouvoir, parfois 20 ans plus tard :

- lire une observation détaillée ;
- comprendre un raisonnement, évaluer

la conformité des décisions prises, la qualité de l'information donnée.

>>> Une observation détaillée, manuscrite ou informatique. Cette observation doit exister, en aucun cas être réécrite ou corrigée. Le jour de l'expertise, on n'invente pas, on peut ne pas se souvenir mais il ne faut jamais inventer. Ce qui n'est pas écrit n'existe pas pour l'expert, c'est un principe : "les paroles s'envolent, les écrits restent..."

Si l'expert lit "examen normal" sans que les items soient détaillés, les items ne seront pas pris en compte : examen normal ne veut pas dire auscultation cardiaque normale, examen des hanches normal, etc. Ce qui est évident pour le médecin ne l'est pas pour l'expert, qui est en droit de dire que l'examen est incomplet, non conforme aux bonnes pratiques, voire inexistant. Les constantes doivent clairement apparaître (par exemple "pas de troubles" hémodynamiques ne veut rien dire pour un expert, seuls seront pris en compte la tension artérielle, la fréquence cardiaque, le temps de recoloration cutanée, etc.).

L'observation doit pouvoir être identifiée, datée, voire horodatée. Elle doit être lisible et compréhensible, sans trop d'abréviations. Le recueil de l'examen clinique, le diagnostic et la conduite thérapeutique (traitement, surveillance, bilan éventuel, adressage éventuel) doivent apparaître de façon claire. Elle est souvent comparée aux notes infirmières, souvent plus complètes en cas d'hospitalisation.

>>> Les décisions prises doivent en règle générale être conformes aux recommandations à l'époque des faits et argumentées si ce n'est pas le cas, ce qui peut être accepté par l'expert à cette seule condition. Pour les pédiatres travaillant en maternité, les protocoles du service sont essentiels : protocoles d'organisation (procédures d'appel, organisation des astreintes ou des gardes,

protocoles de transfert, fonctionnement d'un réseau), mais aussi protocoles pour chaque pathologie, sachant que ces protocoles peuvent être ceux des sociétés savantes mais réécrits et adaptés localement. Le pédiatre doit alors avoir eu une attitude conforme aux protocoles du service. Par exemple, les critères de mise en hypothermie peuvent varier d'un service à l'autre, c'est acceptable si c'est protocolisé.

>>> L'information donnée est essentielle et doit être tracée. L'information est un point essentiel dans les analyses médico-légales. Une des causes les plus fréquentes de déclenchement des procédures est clairement l'absence d'information. Les consignes de surveillance doivent avoir été données, expliquées et inscrites sur le dossier, les ordonnances et le carnet de santé. Le carnet de santé que les parents conservent très longtemps est un excellent support, les pédiatres doivent le remplir en cochant toutes les cases pour les examens détaillés et en inscrivant dessus les consignes de surveillance.

Connaître ses limites et les limites des structures dans lesquelles on travaille

La réglementation fixe des cadres d'exercice avec des limites. Le même médecin, avec les mêmes compétences et la même formation ne peut pas travailler de la même façon dans une maternité de niveau 1 et une maternité de niveau 2, dans son cabinet, dans un service d'urgence ou dans un camion de Samu.

Un expert reprochera toujours au médecin d'avoir pris des risques en gardant un nouveau-né dans une structure inadaptée, il ne reprochera jamais l'inverse. Il est toujours dangereux, par orgueil ou par sympathie pour une famille, de ne pas vouloir passer la main, c'est faire prendre un risque à son patient (d'où une perte de chance évidente), mais c'est également

■ Le dossier – La responsabilité médicale en pédiatrie

prendre un risque pour soi-même. Il en est de même pour un praticien libéral qui, du fait de son expérience, essaye de gérer lui-même un malade instable ou un malade “rare”, car il en a – ou en a eu dans une vie antérieure – l’habitude en milieu hospitalier, au lieu de le référer à un service d’urgence ou un service spécialisé pour un avis. La prise en charge d’un patient doit aussi tenir compte de sa fragilité, de la fiabilité des parents, des problèmes de compréhension, de l’heure de la journée, du jour de la semaine.

Les établissements dans lesquels les médecins travaillent, en dehors des médecins salariés, ont leur propre assurance. En cas de mise en cause, il y a immédiatement conflit d’intérêts, l’établissement ne couvrira jamais le médecin, essayera au contraire de le charger afin de dégager sa propre responsabilité. Le pédiatre qui travaille dans une maternité doit anticiper les situations à risque et participer à l’organisation du service et des soins, signifier les défauts d’organisation en déclarant des “événements indésirables”, c’est aussi une façon de se protéger devant des défaillances éventuelles.

L’organisation fait partie des premières questions de l’expert aux praticiens lors des réunions d’expertise : qualification, formation, protocoles, organisation des soins. Ainsi, il faut être très vigilant sur les conditions de travail et prendre en compte un éventuel défaut de la structure dans la prise de ses décisions (par exemple manque de personnel).

Dans le même ordre d’idées, nous recommandons à tous les praticiens qui travaillent en équipe de se présenter lors des actes, d’expliquer leurs gestes, leur choix aux patients et de ne jamais faire apparaître des dissensions au sein de l’équipe. Des années plus tard, ces dissensions sont toujours amplifiées par les patients et interprétées comme une des causes de leur supposée mauvaise prise en charge.

■ Comprendre que l’acte médical ne se limite pas à la simple consultation

Le suivi du patient pour un médecin est fondamental en médico-légal. Un SMS, un mail ou un appel téléphonique engage la responsabilité du médecin au décours de sa consultation. Cela est vrai en ville mais aussi en maternité. Il ne faut pas avoir fait preuve de négligence en ne répondant pas à un appel, en refusant de se déplacer.

■ Savoir gérer l’accident

Lorsque l’on vit un accident médical, il est essentiel pour le praticien de ne pas perdre le contact avec les familles et de les accompagner (donner des nouvelles, prendre des nouvelles, maintenir le lien). Il ne faut pas non plus admettre d’emblée une faute pour soi ou faire porter la faute à un collègue, par souci déontologique mais aussi car les patients en feront état en déformant souvent des propos malheureux, prononcés dans l’urgence. Il faut expliquer les faits, ne pas se défaire, écouter les familles, mais ne pas porter de jugement et laisser le temps au temps. Dans les jours et les semaines qui suivent, il faut rencontrer les familles, si elles le souhaitent, retracer avec elles les événements, les écouter. C’est la meilleure façon d’éviter une procédure.

Il est essentiel aussi, si on travaille dans un service ou une structure, d’analyser en équipe les circonstances, les causes éventuelles de l’accident, de proposer des solutions pour éviter la survenue à l’avenir d’un accident comparable et de tirer les leçons d’une éventuelle erreur médicale ou d’organisation des soins. Cela peut être fait en réunion de service ou lors d’une revue de mortalité et de morbidité (RMM). Les experts et les familles apprécient beaucoup ces démarches, les conclusions de ces réunions anonymisées ne sont en général pas fournies par les médecins conseils, qui en attestent l’existence. L’histoire

ainsi vécue devient utile aux autres et permet d’améliorer la qualité et la sécurité des soins.

■ Préparation de l’expertise

Le praticien a intérêt à préparer la réunion avec le médecin conseil qui lui a été désigné par sa compagnie d’assurance. Ensemble, ils reconstitueront les faits, analyseront les pièces, réclameront les pièces manquantes, feront une première analyse médico-légale, prépareront les arguments de défense en se replaçant à l’époque des faits, rechercheront de la bibliographie. Les éléments de procédure seront discutés avec l’avocat conseil et les compagnies d’assurance, qui ont des médecins de siège très avisés et des services juridiques.

En cas de dossier compliqué où plusieurs praticiens sont impliqués, au sein d’un établissement par exemple, il est bon d’organiser une réunion préparatoire avec tous les intervenants.

Le praticien devra préparer son CV, et expliquer ses conditions d’exercice et son mode de fonctionnement.

■ Le jour de l’expertise

Le praticien a toujours intérêt à être présent, même si c’est un moment pénible pour lui. Sa présence témoigne de son éthique de responsabilité, ce qui est très important pour la famille et pour l’expert. Les patients ont besoin de comprendre ce qui s’est passé, d’échanger avec le praticien, de rapprocher des vérités.

Il faut ce jour-là respecter les codes, se présenter, ne parler qu’à l’expert, ne pas inventer, ne pas broder, écouter les autres. Il faut rester factuel, ne pas faire l’analyse médico-légale, laisser cette discussion aux experts et aux conseils. Il faut se montrer empathique, se rappeler que les familles sont dans la souffrance,

que ces expertises ne sont pas accusatoires. Les préjugés sont souvent très lourds dans notre spécialité, les familles sont souvent détruites, les vies gâchées, il faut savoir entendre leur détresse sans se sentir coupable, ce qui n'est pas toujours facile. Il faut éviter de mettre sur le même pied la souffrance des familles et celle du praticien, car c'est inaudible. Le médecin peut exprimer des regrets, des excuses, mais il doit faire attention à ne pas se victimiser.

Très souvent à l'issue de ces réunions, les parents viennent remercier les médecins qu'ils ont mis en cause, se rendant compte que leurs préjugés ne sont pas liés à une faute médicale (qui reste exceptionnelle) mais à une évolution propre d'une maladie ou d'un état antérieur.

Conclusion

Rien ne prépare un pédiatre à une expertise, ni sa formation universitaire, ni sa formation postuniversitaire. Pourtant, cela devrait faire partie de son cursus, ce qui lui servirait dans la gestion de la prévention des risques (souvent les mêmes, **tableau II**) et permettrait d'éviter des accidents médicaux souvent très graves à l'origine de lourds handicaps, brisant les rêves et les projets d'une famille, ou de décès. Les pédiatres sont exceptionnellement négligents, rarement à l'origine de fautes directes, mais très exposés sur le plan médico-légal, ne sachant pas toujours manager et prévenir les risques.

L'auteur remercie le Pr Denis Devictor, ex-chef du service de Réanimation pédiatrique du Kremlin-Bicêtre et expert auprès des tribunaux et de la CCI, d'avoir eu la gentillesse de relire et de commenter cet article.

trique du Kremlin-Bicêtre et expert auprès des tribunaux et de la CCI, d'avoir eu la gentillesse de relire et de commenter cet article.

POUR EN SAVOIR PLUS

- GUITTON C, DOMMERGUES JP. Les erreurs de diagnostic en pédiatrie hospitalière. JPP 2006, 4 p.
- CHEVALLIER B, SZNAJDER M ET ASSATHIAN Y R. La pédiatrie par téléphone : un exercice difficile. Arch Ped, 2004;11:1033-1035.
- DUFOUR D, PAON JC, MARSHALL B *et al.* Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques : expérience du centre hospitalier du Havre. Arch Ped, 2004;11: 1036-1039.
- CHABAS F. L'information en matière de pédiatrie. Gaz Palais, 2004;126-127:20-26.
- SICOT C, GILKES-DUMAS G. Le risque en pédiatrie. Données qualitatives et prévention. Concours Méd, 1999;121:185-187.
- PACHEBAT N. Spécificités de l'expertise médicale de l'enfant. Mémoire CAPEDOC, Paris 2013, 43 p.
- SCHMIT G, BONBLED F. Syndrome des enfants secoués... Vraiment? Rev Belge Dommage Corp, 2014;41:165-176.
- Committee On Medical Liability And Risk Management; Council On Quality Improvement And Patient Safety. Disclosure of adverse events in pediatrics. Pediatrics, 2016;138:e20163215.
- FANAROFF JM, GOLDSMITH JP. The most common patient safety issues resulting in legal action against neonatologists. Semin Perinatol, 2019;43:151181.
- McABEE GN, CIERVO C. Medical and legal issues related to brachial plexus injuries in neonates. J Am Osteopath Assoc, 2006;106:209-212.
- Guide pratique de la gestion des plaintes en établissement de santé. Conseil Médical Sham, 2019.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

En néonatalogie

- **Anoxo-ischémie quelle qu'en soit la cause (80 % des expertises)**
- AVC néonatal
- Plexus brachial
- Prise en charge d'une malformation cardiaque, digestive
- Infection néonatale (importance des recommandations)
- Maladie métabolique à révélation précoce
- Prise en charge de l'ictère
- Mort subite en salle de naissance
- Problèmes d'organisation
- Erreur dans le diagnostic anténatal (mais loi de 2002 qui protège les praticiens)

En pédiatrie

- Absence ou retard au diagnostic d'un déficit sensoriel
- Absence ou retard de diagnostic pour une malformation cardiaque, neurologique, orthopédique (luxation congénitale de la hanche +++), endocrinologique (Turner) ou une maladie rare (métabolique, hémostase)
- Retard ou mauvaise prise en charge pour urgence vitale, choc septique, myocardite, syndrome hémolytique et urémique, méningite, staphylocoque, urgence chirurgicale (volvulus, hernie étranglée, torsion testiculaire)
- Absence de signalement pour défaut de soin ou mise en danger de l'enfant
- Enfant secoué
- Mauvaise communication

Tableau II : Les principales causes d'expertise dans mon expérience.