



EDITO



MERCI FRANCOIS !

François Branchet après plus de 30 ans passés au service de la RC médicale a considéré qu'à 74 ans il pouvait aspirer à un repos bien mérité auprès des siens.

Nul ne peut lui en tenir rigueur même si l'annonce de son départ va être durement ressentie par beaucoup d'entre nous.

Quel parcours ! Du cabinet modeste de la rue Aubert Dubayet à Grenoble, à l'immeuble de bureaux à Meylan.

Du courtier généraliste puis spécialiste des médecins.

Des 2 500 assurés médecins en 2002 quand il a créé la MIC en Irlande, aux 7 000 assurés d'aujourd'hui.

Un tel chemin n'a pas été simple et pour avoir côtoyé François tout au long de ces années, j'ai été témoin de sa volonté inflexible déployée avec un flegme étonnant qui lui a permis de surmonter toutes les difficultés y compris celles qui mettaient en péril tout l'édifice patiemment construit.

Aujourd'hui, au nom de tous les membres d'ASSPRO, assurés ou non, je voudrais lui dire merci :

Merci pour sa rigueur et sa force de caractère qui nous a permis d'être là au moment où j'écris ces quelques lignes. Merci d'être resté quand tous les assureurs désertaient le marché de la RC médicale.

Merci d'avoir ainsi permis que notre profession puisse être assurée à un tarif raisonnable.

Merci d'avoir inlassablement été aux cotés des médecins, qu'il a su aider, respecter, considérer et je crois que l'on peut rajouter aimer. C'est tellement rare de nos jours !, et nombreux sont nos confrères qui peuvent en témoigner !

Merci de permettre à l'entreprise qu'il a créée de continuer, tout le monde reconnaissant la validité du "modèle Branchet".

Merci de nous permettre ainsi de prendre le virage nécessaire pour l'avenir.

Je veux aussi qu'il sache que même si demain les choses seront nécessairement différentes, l'esprit qu'il a su inculquer et qui a fait son succès perdurera.

ASSPRO continuera et amplifiera son action au service de ses membres, et j'ai la conviction que ceux qui lui succéderont à la SAS Branchet auront à cœur de faire de même.

Je lui souhaite au nom d'ASSPRO une longue et heureuse retraite, au milieu de sa famille et de ses nombreux amis dont je suis fier de faire partie.

MERCI François !

Antoine WATRELOT

Prévenir les risques professionnels : Enquête sur la souffrance au travail des praticiens en plateau technique lourd

GAGNEZ 5000€ !

Chers amis,

Le nombre croissant de procédures en plateau technique lourd, ainsi que des conditions d'exercice de plus en plus pesantes, font accroître le nombre de *burn out* et de suicides dans nos professions. Durant les journées organisées au sein d'ASSPRO, et notamment les WE de gestion du stress, il apparaît des souffrances parfois prononcées.

ASSPRO Scientifique, notre société savante pour la prévention du risque, a décidé de lancer une étude sur « la souffrance au travail des praticiens en plateau technique lourd ».

Notre objectif est double :

- Objectiver notre niveau d'équilibre ou de déséquilibre professionnel ainsi que nos sources de satisfaction ou d'insatisfaction.
- Mettre en place des actions qui contribueront à améliorer le bien-être de nos confrères, la prise en charge de nos patients et diminuer les risques de procédures.

L'ensemble des assurés sera ainsi appelé à répondre à un questionnaire très spécifique aux praticiens de plateau technique lourd (durée totale 20 minutes). Pour cela, nous avons **IMPÉRATIVEMENT besoin de votre mail actualisé afin de vous adresser votre code d'accès** à ces deux questionnaires. **Merci donc de vous connecter sur le site www.asspro.fr** rubrique « confirmation de vos coordonnées email et téléphone portable » avant le 31 mai.

Les questionnaires seront en ligne du 6 juin au 4 juillet.

Un tirage au sort sera effectué, avec à gagner des ipad, et... 5000 € !

Votre participation sera dans tous les cas fondamentale pour mieux expliquer nos conditions de travail et faire valoir nos droits auprès des tutelles.

Dr Vincent Travers

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE DE LA MÉDECINE PÉRI-OPÉRATOIRE

PRÉSENTÉES LORS DES ETATS GÉNÉRAUX D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION (EGAR)
DE LA SFAR EN JUIN 2010 APRÈS RÉFLEXION DU COMITÉ VIE PROFESSIONNELLE
VISIBLE SUR : WWW.SFAR.ORG/ARTICLE/210/EGAR

Par le Docteur PATRICK-GEORGES YAVORDIOS

I - Introduction

La morbi mortalité en étage d'hospitalisation est 500 à 1000 fois plus importante qu'au bloc opératoire.

Un protocole qui établit la répartition des tâches entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens – « qui fait quoi » – peut contribuer à diminuer ce risque.

Dans cet exposé, l'initiative émane de l'équipe d'AR.

Il convient tout d'abord de définir les souhaits des membres de l'équipe.

Un questionnaire exhaustif rempli par chaque Anesthésiste Réanimateurs (AR) permettra de décider majoritairement de l'orientation donnée à la proposition (annexe).

II - Les prérequis

Le ou les protocoles devront s'appuyer sur :

• **Les recommandations éditées par l'Ordre National des Médecins de décembre 2001 :**

« recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé ».

• **Référence de la HAS: manuel d'accreditation HAS V2 référence 37 :**

« le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés validée par les instances de l'établissement et connue de tous ».

III - Les objectifs et leur champ d'application

- **Définir** le rôle de chaque praticien dans la prise en charge d'un patient.
- **Optimiser** la coordination des soins
- **Éviter** les prescriptions contradictoires.
- **Identifier** le médecin référent, interlocuteur du personnel paramédical.
- **Concerner** tous les secteurs d'hospitalisation.



© Beerhoff-Fotolia.com

La réanimation, la surveillance continue et le service d'urgence sont l'objet de protocole particulier.

IV - Les grands thèmes qui concernent l'équipe médico chirurgicale sont :

1° La prise en charge de la douleur

- **Douleur post opératoire (DPO)**
 - Prise en charge par l'AR selon les protocoles de la structure de soin.
 - Ordonnance de sortie faite par le médecin référent.

- **Douleur chronique et aigue pour un patient non opéré**

- Prise en charge par le médecin référent selon les protocoles de la structure de soin.

2° La prévention de la maladie thromboembolique

- **En phase pré opératoire**
 - Prise en charge par le médecin référent du patient (prescription de bas de contention par exemple).

- **En phase péri opératoire**

- Pendant l'hospitalisation, prise en charge par l'AR ou le référent selon la spécialité conformément aux recommandations de la checklist de la HAS 2010.

- Rédaction de l'ordonnance de sortie faite par le médecin référent aidé dans son choix par l'AR qui précise notamment la durée et les surveillances nécessaires.

Il faut tenir compte de l'implication possible du médecin traitant.

3° L'Infectieux

- **Antibioprophylaxie**

- Gérée par l'AR et l'opérateur selon un protocole établi à partir des recommandations de la SFAR 2010.

- **Antibiothérapie curative**

- Pré opératoire par médecin référent.
- Per opératoire, prescription conjointe AR et opérateur conformément aux recommandations de la checklist de la HAS.
- Post opératoire par le médecin référent selon des protocoles de soins.

4° La gestion de l'anémie

- **Pré opératoire**

- Épargne sanguine, EPO, commande de sang pour l'intervention prise en charge par l'AR.

- **Per opératoire**

- Prise en charge par l'AR en rappe-

lant la nécessité d'une coopération avec le chirurgien selon les recommandations de la check list HAS (partage pré et per opératoire des informations sur le risque hémorragique de l'intervention).

• Post opératoire

- Prise en charge conjointe du chirurgien et de l'AR.
- Le premier praticien ayant connaissance d'une anémie nécessitant une transfusion est responsable de la prescription (paragraphe 4.9 des recommandations de l'Ordre des Médecins).

5° Gestion des AVK, des anti plaquettaires et de tous les médicaments anti thrombotiques ou hémostatiques

• Pré opératoire

- Prise en charge par l'AR après discussion pluridisciplinaire (AR, chirurgien, cardiologue) pour les AVK, les AP dans les situations à risque (RFE SFAR 2006) et la substitution des déficits de l'hémostase congénitaux ou acquis.

• Post opératoire

- Prise en charge conjointe.

6° l'Hydratation et la réalimentation post opératoire

- Prise en charge conjointe entre AR et médecin référent.
- Prescription des 1^{ères} 24 H par AR sur la feuille d'anesthésie.
- L'arrêt ou la poursuite des traitements peuvent être décidé par le médecin référent pour les cas simples.
- Les réanimations plus lourdes ne sont pas concernées par ce protocole (USC ou Réa).

7° Prescription des traitements personnels des patients dans le cadre du circuit du médicament

Notamment via logiciel informatique

• Pré opératoire

- Prescription par médecin référent et AR pour les médicaments interférents avec l'anesthésie.

• Post opératoire

- Prise en charge conjointe selon les recommandations de la check-list de l'HAS 2010.

8° Suivi, visite post opératoire en service hospitalisation

L'AR est notamment concerné par :

• Les opérés à J1

Dans le cadre de la prise en charge de complications liées à l'anesthésie, suivi d'ALR.

• Les patients pour lesquels une prescription doit être effectuée selon la répartition des tâches concernées par ce protocole.

• Les patients qui développent une complication post opératoire et qui nécessite l'intervention spécifique de l'AR.

V - Cas de l'AR consultant

- En dehors du cadre fixé par la répartition des tâches.
- Par appel direct du médecin référent.
- Avec un dossier médical dûment renseigné.

• L'AR répondra en fonction de son champ de compétence.

• Les conclusions de cette consultation seront écrites dans le dossier du patient.

VI - Conclusions

• Le protocole devra être rédigé en tenant compte des souhaits et des ressources humaines de chaque équipe.

• Il est souhaitable de décliner ce protocole par spécialité en tenant compte des spécificités de chaque pratique.

• Il devra être validé par la CME après discussion entre les AR et les divers spécialités.

• Ainsi ces propositions ne sont pas des « recommandations » mais des alertes sur des points nécessaires à la bonne prise en charge des patients.

ANNEXE : DÉFINIR CE QUE VEUT FAIRE L'ÉQUIPE D'AR

Exemple de questionnaire adressé à chaque AR :

- 1/ Prise en charge par les AR de la PTE préop (bas ATE, HBPM...)
- 2/ Prise en charge par les AR de la PTE post op (étage, ordonnance de sortie)
- 3/ Prise en charge de la DPO (douleur post opératoire)
- 4/ Prise en charge de la douleur chronique (patient non opéré)
- 5/ Prise en charge de l'antibioprophylaxie
- 6/ Prise en charge de l'antibiothérapie curative (post op)
- 7/ Gestion du sang (EPO, TAP, correction anémie) préop
- 8/ Correction anémie post op
- 9/ Prise en charge des relais AVK, AP, HBPM pré op
- 10/ Prise en charge des relais AVK, AP, HBPM post op
- 11/ Prescription de la réa post op 24h sur la feuille d'anesthésie puis stop
- 12/ Remplissage informatisé des médicaments à prendre à l'arrivée du patient
- 13/ Remplissage informatisé des médicaments à prendre en post op
- 14/ Visite étage quotidienne, voir tous les opérés
- 15/ Visite étage quotidienne, patients ciblés (J1, sortants, demande des IDE...)
- 16/ Pas de visite, AR d'astreinte consultant sur appel du médecin référent du patient

Signature :

LA MÉDECINE PÉRI OPÉATOIRE VUE PAR LE CHIRURGIEN

Elle pourrait se résumer en deux mots : **Coopération, protocoles.**

En effet, en dehors du cadre technique spécifique tant du côté anesthésique (geste d'anesthésie) que chirurgical (geste opératoire), encore qu'il n'est pas rare en cas de procédure que les deux parties soient systématiquement convoquées, il y a tout ce qui va encadrer le patient, la « médecine péri opératoire ». Et c'est hélas souvent là que, faute de coordination qui va entraîner un défaut de prise en charge, le bât blesse !

En effet, **QUI FAIT QUOI** est la question souvent posée !

Même en l'absence d'événement indésirable, le patient ressentira toujours ce manque de coordination, tant dans l'information que la prise en charge.

Du point de vue purement médical, retenons que :

- Le chirurgien est responsable de TOUT, sauf : l'information concernant l'anesthésie, le geste et les conséquences de l'anesthésie.
- En SSPI (suites de soins post interventionnelle), la responsabilité est commune, chacun est responsable dans son domaine de compétence.
- En réanimation, la responsabilité est celle du réanimateur.

▶ Cependant, cette affirmation doit être atténuée car elle sera fonction des protocoles mis en place par les diverses instances au sein des établissements de soins (pour la prise en charge de la douleur par exemple). Relisons le décret de 1994 : « *Il est nécessaire que les anesthésistes et les chirurgiens d'une même équipe rédigent une charte portant sur les cinq points de fonctionnement de l'équipe : la consultation d'anesthésie, le programme opératoire, le réveil anesthésique, les soins intensifs et la réanimation chirurgicale, et l'hospitalisation. Pour chaque point, selon l'organisation de l'établissement, il faut répondre aux questions qui engagent la responsabilité séparée ou solidaire des deux intervenants. La répartition des tâches et des responsabilités doit être explicite.* »

▶ **En termes d'information pré opératoire**, bien sûr chaque partie va informer du geste qu'elle prévoit, il est cependant indispensable de ne pas « miner » le terrain de l'autre (par exemple dire pour un chirurgien que le patient aura obligatoirement tel ou tel type d'anesthésie. Le chirurgien aura intérêt à préciser quelle intervention il compte faire et quels besoins spécifiques il aura (par exemple prise de greffe). Il faut aussi laisser suffisamment de temps pour organiser la consultation d'anesthésie. Les erreurs les plus fréquemment rencontrées : faire le forcing pour que l'anesthésiste voie le patient immédiatement, arguer d'une « urgence » relative pour remplir un programme pas plein. Le planning opératoire est, du reste, sous la responsabilité du conseil de bloc. Combien de programmes à rallonge dont chacun sait qu'ils vont « déborder » va entraîner un stress de toute l'équipe !

L'anesthésiste a le droit de récuser, de reporter un patient pour des raisons médicales COMME administratives. Le respect mutuel dans ce cas (nous admettons une contrariété passagère !) s'impose. Relisons les textes : « *Le programme opératoire est réalisé conjointement par les chirurgiens, les spécialistes, les anesthésistes réanimateurs et les responsables du bloc opératoire, en tenant compte des disponibilités de chacun, des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du bloc opératoire. Les horaires et ordre de passage doivent être définis d'un commun accord et la ponctualité s'impose à chacun des membres de l'équipe.* »

Assez d'autoritarisme déplacé !

ATTENTION : obligation de la présence en salle, du début à la fin, d'un professionnel de l'anesthésie. Si travail sur deux salles, le personnel est doublé, il ne s'agit pas de courir en laissant successivement les deux salles vides !!

En post opératoire, le plus souvent un consensus existe entre le chirurgien et l'anesthésiste, dûment validé par des protocoles d'établissement.

Attention aux départs en vacances, en WE, en congrès, aux anesthésistes remplaçants qui changent la donne. Les durées d'hospitalisation de plus en plus courtes, l'augmentation de l'hospitalisation ambulatoire imposent encore plus de rigueur dans le choix de qui fait quoi.

En post opératoire : Les erreurs les plus fréquemment rencontrées : les ordonnances en doublon (chacun le fait), deux ordonnances d'AC, d'antalgiques par exemple, ou pas d'ordonnance du tout (chacun pensant que l'autre va le faire). La règle : le chirurgien s'occupe de TOUT (ordonnances, lettre de suivi, lettre pour centre de convalescence) sauf cas particulier ou protocole spécifique, dans les LIMITES DE SES COMPÉTENCES.

En effet, et toujours selon les textes : « *L'anesthésiste-réanimateur, pas plus que le chirurgien ou d'autres spécialistes, ne doit entreprendre d'actes pour lesquels il n'est pas compétent. Le code de déontologie médicale prévoit le recours, chaque fois que cela est nécessaire, à un tiers compétent (article 32), et l'article 70 rappelle que le médecin ne doit pas intervenir dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »

Dans le cadre de la médecine péri-opératoire, il y a aussi le **QUI DIT QUOI**. En effet Les phrases assassines du chirurgien et de l'anesthésiste dites sous l'effet d'un énervement temporaire, elles seront parfaitement intégrées par le patient, et ... Ressorties le jour de l'expertise ! Les deux règles d'or : ne jamais critiquer ouvertement, surtout sur le moment, devant un tiers, devant le patient, même pour rigoler !! Toujours débriefer en fin de programme opératoire.

Pour terminer, nous ne saurions affirmer l'importance des RMM qui permettent, en cas de dysfonctionnement même mineur, et à distance de l'événement, de débriefer dans le calme et d'en tirer des sources d'amélioration pour le plus grand bénéfice du patient.

L'ACCOUCHEUR ET LA SAGE-FEMME "PACS EN SALLE DE NAISSANCE"

Le rôle des Sages-Femmes (SF) ne fait que s'accroître en raison de l'insuffisance du recrutement des Gynécologues Obstétriciens libéraux (G.O.).

L'activité de la Sage-Femme est régie par son code de déontologie. En pratique libérale, l'accoucheur reste le pilote de l'activité en salle d'accouchement (S.A.).

Le partage des tâches est souvent flou.

L'accident obstétrical qui a conduit à la mise en cause de l'accoucheur, de l'établissement de soins, entame à une confrontation des responsabilités dans le cadre de l'expertise.

Le rôle de chacun sera examiné par l'expert au regard de la décision des intervenants.

La Sage-Femme assure le suivi du travail sous la responsabilité du Médecin.

Elle doit faire appel à lui en cas d'anomalies, dans nos établissements où l'accoucheur n'assure pas une présence permanente. C'est l'interprétation du RCF, la survenue d'une fièvre maternelle, les troubles de la dynamique utérine, sont à l'origine de la plupart des mises en cause.

S'il s'avère que la Sage-Femme a manqué de réactivité à la suite d'une anomalie, l'accoucheur est en principe hors de cause.

Encore faut-il que sa présence n'ait pas été effective simultanément lors d'un autre accouchement (passage pour un avis dans une salle voisine...), l'expert ne manquera pas de stigmatiser comme une négligence son passage en salle d'accouchement, sans suivi de toutes les parturientes.

De même, en cas de fièvre maternelle ou d'absence d'antibiothérapie, la responsabilité de l'accoucheur est engagée.

Le déclenchement programmé du



©losif-Fotolia.com

travail est une décision qui revient à l'accoucheur.

L'indication doit être motivée, l'examen initial est effectué par le G.O. et noté dans le dossier.

Le suivi du travail incombe à la S.F., le G.O. se doit d'intervenir parallèlement dans la surveillance (dilatation, RCF, survenue d'incident), la surveillance doit être notée dans le dossier.

En résumé, si le partage des tâches est la règle en salle d'accouchement, le G.O. reste le « capitaine du navire ».

Les règles de base sont la traçabilité (notes systématiques dans le dossier), passage dans chaque salle d'accouchement, protocolisation des décisions (CNGOF...) collaboration sans faille entre S.F. et G.O. et transmission des informations à chaque relève de garde.

La bonne entente entre tous les membres de l'équipe est le meilleur témoin de la qualité de la prise en charge.

**EN CAS D'URGENCE
MÉDICO-LÉGALE
24H/24, N'HÉSITEZ PAS À
CONTACTER LE :
04 76 18 13 07**


ASSPRO
ASSOCIATION DE PRÉVENTION
DU RISQUE OPÉRAIRE

LA JURISPRUDENCE

par Maître Véronique ESTÈVE, Avocat au Barreau de Nice

CA NIMES 18 janvier 2011

Patiente âgée de 79 ans adressée en urgence à un chirurgien digestif par son médecin traitant, sur un diagnostic de « vésicule lithiasique ++ avec épisodes de cholécystite itératifs et intolérance alimentaire fréquente. »

Intervention 1^{er} novembre - En post op. transit du grêle aux hydrosolubles.

4 novembre : transfert en Maison de Convalescence. Examen à son arrivée par le médecin vacataire de l'Etablissement.

Le 10, 11, 12, 13, 14 novembre, vomissements. Patient pas examinée.

Le 12 novembre prescription symptomatique par téléphone du médecin vacataire.

Le 15 novembre, à 7h 30, important vomissement.

Vu par le médecin dans la journée : « abdomen souple, pas de péritonite, pas abdomen hémorragique ». Pas d'examen complémentaire.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre, malaise - Transfert par le SAMU à l'Hôpital, à la demande d'une infirmière.

Radiographie de l'abdomen : « occlusion du grêle avec une image calcifiée dans le pelvis ».

Etat de choc avec défaillance multiviscérale. - Décès.

PROCES

Expertise - diagnostic pré-opératoire, rare d'iléus biliaire, contrôle en per opératoire de l'intégralité du grêle et du carde duodénal - traitement idéal de cette pathologie.

Cause de la complication : fragment de lithiasie de petite taille passé dans l'intestin grêle qui a pu faire le lit à distance dans l'évolution d'un bézoard.

ALEA mais prise en charge de la complication non conforme constitutive d'une perte de chance mise à charge du Centre de convalescence et du médecin vacataire.

- Pour leur défense, font valoir que n'avaient pas de notion d'iléus biliaire car CRO du praticien + dossier d'hospitalisation n'avaient pas rejoints le dossier de la maison de convalescence pour des raisons inexplicables.

Jugement TGI + Arrêt Cour d'Appel : Centre de Convalescence et médecin généraliste vacataire condamnés solidairement - Aléa quant à la complication mais négligence dans la prise en charge - Perte de chance fixée à 50 %

→ En effet, il leur appartenait de réclamer les documents médicaux manquants lors de l'admission de la patiente, de nombreux jours s'étant écoulés entre l'entrée et l'aggravation ou d'appeler le chirurgien et/ou la clinique, dès les 1^{er} signes.

→ **A la charge de la maison de convalescence :** Défaut de surveillance - Pas de permanence des soins les samedi/dimanche et jours fériés par un médecin.

→ **A la charge du médecin :** prescription par téléphone - Patient pas examinée alors que vomissements persistants. Pas d'examen complémentaire. Analyses biologiques anormales pas vues - Pas de prise en compte des symptômes signalés par le personnel infirmier (vomissements réitérés, malaises) - Aucune prise de contact avec le chirurgien.

COMMENTAIRE ASSPRO : la prise en charge du chirurgien pas critiquable - diagnostic difficile - fragment de calcul non retrouvé, mais contrôle post op. effectué. Le praticien aurait pu téléphoner au centre de convalescence dans le cadre de la continuité des soins ; à sa décharge, n'avait pas été prévenu de l'aggravation de sa patiente. Rester Vigilant en cas de transfert, notamment en fonction des spécificités du patient (âge, calcul non retrouvé)

AVIS AVOCAT : la perte de chance d'éviter le décès était directement liée aux carences de la prise en charge de la maison de convalescence. Manque de coordination dans les soins - Dossier médical « accablant » par les annotations du personnel, révélant les dysfonctionnements de la prise en charge.

AVIS CRCI PACA mars 2011

Pathologie cardiaque - Patient sous traitement anti-coagulant - Fuite de la valve mitrale sur le ventricule gauche imposant une intervention correctrice avant la survenue d'une dégradation de la fonction ventriculaire gauche. Intervention OK - passage en service cardio. Surveillance bilans anti-coagulations - Complication vasculaire - hématome du psoas - retard dans la prise en charge de la complication - Absence de protocole dans l'Etablissement - Traitement anticoagulant effectué par les cardiologues.

Demande d'indemnisation par la patiente à la CRCI (paralysie du nerf crural).

- 1^{er} Expertise : négligence dans le suivi du traitement anti-coagulant (pas tracé sur feuilles de soins infirmiers) + défaut de correction de l'excès d'anticoagulation + manque surveillance biologique a conduit à la survenue de l'hématome du psoas - absence de modification du traitement fautif imputé conjointement aux cardiologues et au chirurgien car « complication connue et décrite dans son activité chirurgicale et pouvait être évoquée dès l'apparition de la symptomatologie neurologique ».

- 2^{ème} collège d'Experts : une reconnaissance plus précoce de la topographie de cet hématome n'aurait en cas cas modifié l'attitude thérapeutique ; les Experts considèrent que les cardiologues (ont un de garde pendant le WE) sont seuls responsables de la mauvaise gestion de l'anticoagulation ayant conduit à la complication hémorragique. Responsabilité du chirurgien exclue, la patiente ayant été admise en service de cardiologie sous la responsabilité des cardiologues.

Conséquences : perte de chance d'éviter le dommage fixé 50 % par la CRCI.

COMMENTAIRE ASSPRO : Nécessité d'instaurer des protocoles pour éviter le flou dans le suivi post opératoire et assurer une prise en charge adéquate des patients.

AVIS AVOCAT : toujours difficile d'obtenir une expertise complémentaire quand elle est demandée par un praticien, et pourtant...

INFO

Cher amis,

Récemment un grand nombre d'entre vous ont reçu une lettre circulaire les invitant à suivre une journée ASSPRO de sensibilisation.

La grande majorité des récipiendaires s'est rapidement inscrite et nous les en remercions ; néanmoins un certain nombre de réactions négatives m'ont amené à m'interroger d'abord sur la forme de ma lettre perçue comme trop agressive ce dont je m'excuse : à la relecture ils avaient raison et je l'ai corrigé en conséquence.

Ensuite sur le principe de ces journées, je pense qu'il est important de rappeler quelques points : ces journées sont un des piliers de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le "système Branchet" qui était, et reste, qu'un assuré est meilleur (du point de vue médico-légal strict) après une mise en cause qu'avant pour peu qu'il ait été correctement pris en charge pour sa défense et que d'éventuels manquements lui aient été signalés. C'est le travail que font au quotidien nos assistants conseils dont je salue au passage le remarquable travail.

Mais c'est aussi d'enseigner les pratiques indispensables pour éviter la récidive. C'est là le but des fameuses journées.

Elles nous paraissent importantes pour les médecins invités à participer, elles sont capitales pour les assureurs et (surtout) ré-assureurs qui y voient là le gage d'une sinistralité maîtrisée.

Nous avons toujours essayé de les organiser dans un cadre agréable, elles sont le lieu d'échanges que les participants nous disent intéressants et ils ne faut donc pas y avoir un aspect de convocation comminatoire ou de punition, tout au contraire. Le but des experts qui participent à ces journées, tant celles de sensibilisation au risque, de gestion du stress ou de journées praticiens patients, est de vous apporter le maximum d'aide pour vous aider à un exercice plus serein, avec notamment moins de procédures mais aussi pour retrouver le plaisir de votre exercice. Le principal objectif de ces journées : vous permettre de partager vos problématiques, de voir qu'elles sont similaires, que vous n'êtes pas seuls dans des situations difficiles, et cela, le retour exceptionnel de satisfaction après les journées nous le prouve. En gros, certains d'entre vous viennent en traînant les pieds, et repartent déjà inscrits pour une autre journée.

Environ 1000 d'entre vous sont appelés chaque année le but étant si possible que presque tous les membres d'ASSPRO assistent à ces journées de façon régulière car comme vous le savez la réglementation change, la jurisprudence aussi et nous devons tous en permanence nous adapter.

Merci de votre compréhension et de votre participation prochaine, je peux vous assurer que vous ne le regretterez pas !!

Antoine WATRELOT, Président

RAPPORT ANNUEL DE LA COUR DE CASSATION

OBLIGATION D'INFORMATION ET RC MÉDICALE

Le rapport fait le point sur l'état du droit s'agissant de la responsabilité du médecin en cas de faute technique et éthique. Il revient notamment sur toute l'évolution jurisprudentielle en la matière en replaçant notamment le débat au regard des grands principes juridiques de l'inviolabilité du corps humain (article 16-1 du Code civil), de respect de l'être humain (article 16 du code civil) ainsi que d'exigence d'un consentement de l'intéressé chaque fois qu'il est envisagé de porter atteinte à l'intégrité de son corps (article 16-3, alinéa 2).

Rappelons que la responsabilité des professionnels de santé ne fait que s'accroître et que la Cour de cassation vient même de franchir un nouveau seuil très récemment **avec l'arrêt du 3 juin 2010 – qui est développé plus longuement dans la suite du**

rapport – par lequel les Hauts magistrats ont opéré un spectaculaire revirement en estimant désormais que l'absence d'information du patient cause en toute hypothèse un préjudice à ce dernier devant être réparé.

Ainsi, « parce que – comme l'a affirmé la Cour de cassation – l'obligation de recueillir le consentement du patient est imposée par le respect de la personne humaine, le défaut d'information dont il est victime, constitue une atteinte grave aux droits de sa personnalité. Une telle vision n'est pas innocente. Elle contribue au vaste mouvement de prise en compte des droits du patient. En effet, les droits de la personnalité, dont ferait partie ce droit à l'information, permettent à chaque individu de se sentir pris en considération à sa juste valeur d'être humain ».



©A.Raths-Fotolia.com

LES JOURNÉES ASSPRO 2011

► JOURNÉES PÉRINAT - RACHIS - ORTHO - CHIRURGIES

- > Le 21 mai 2011 à PARIS
- > Le 8 octobre 2011 à MARSEILLE
- > Le 3 décembre 2011 à PARIS

► JOURNÉES PRATICIENS - PATIENTS

- > Le 18 juin 2011 à LYON
- > Le 19 novembre 2011 à LYON
- > Le 10 décembre 2011 à PARIS

► JOURNÉE ASSPRO SUR LE THÈME DE L'URGENCE - Val-de-Grâce

- > Le 25 novembre 2011

► WEEK-END GESTION DU STRESS

Castillon-du-Gard
> Les 27/28/29 mai 2011

> Le 30 septembre et 1er/2 octobre 2011

► IRCAD - Strasbourg

> Le 28 octobre 2011

► JOURNÉES ASSPRO/PLASTI, en collaboration avec PLASTIRISQUE

> Le 25 juin 2011 à Marseille

Nous remercions par avance tous les assurés de nous informer de tout changement dans leurs coordonnées et tout spécialement les adresses e-mail. @

WE de gestion du stress des 28 et 29 mai 2011 et 29 et 30 octobre 2011 : il reste quelques places... Inscrivez-vous sur notre site.

www.asspro.fr

LES QCM D'ASSPRO-INFO

LES QCM DE DA3P (ex GECO FORMATION)

N'OUBLIEZ PAS DE REpondre SUR LE SITE de DA3P : www.geco-formation.org

CES QCM PROUVENT QUE VOUS VOUS FORMEZ EN PERMANENCE !! 4QCM par numéro soit 12 QCM par an c'est une économie d'impôt de 108 € !!

Cela vous prendra 5 minutes et vous permettra de valider vos futurs points de DPC !!

QCM N°1 : la morbi mortalité en hospitalisation est :

- 2 fois plus faible qu'au bloc opératoire
- 5 fois plus élevé qu'au bloc opératoire
- 500 plus élevé qu'au bloc opératoire

QCM N°2 : en suites de soins post opératoires, la responsabilité est :

- Inhérente à l'anesthésiste
- Inhérente au chirurgien
- Inhérente aux deux dans leur champ de compétence

QCM N°3 : le programme opératoire est fixé par :

- Le chirurgien
- L'anesthésiste
- les responsables de bloc
- Les trois conjointement

QCM N°4 : la sage-femme est :

- Toujours sous la responsabilité de l'accoucheur
- Sa responsabilité peut être engagée mais toujours conjointement à l'accoucheur
- Sa responsabilité peut être exclusivement engagée en cas de non responsabilité de l'accoucheur, celui-ci n'étant pas sur place.

« Tout soutien commence avec humilité devant celui que je veux accompagner. Et c'est pourquoi je dois comprendre qu'aider n'est pas vouloir maîtriser, mais vouloir servir »

Kierkegaard

APPEL À TÉMOINS :

Si vous souhaitez communiquer et partager une information avec l'ensemble des adhérents, n'hésitez pas à nous écrire, à nous faire part de vos analyses et réflexions « médico-légales ».

ASSPRO 

Un conseil, un problème, n'hésitez pas, contactez-nous :

35, avenue du Granier
38240 Meylan

TÉL. : 04 76 18 13 07

FAX : 04 76 18 13 08
EMAIL : CONTACT@ASSPRO.ASSO.FR