Préface

Au cours de ces trente dernières années, la pratique gynéco-obstétricale, tout comme la pratique médicale globalement, a profondément évolué.

L'apprentissage de la gynécologie-obstétrique était autrefois, jusqu'au milieu des années 1990, basé essentiellement sur l'expérience et la lecture des ouvrages écrits par « nos Maîtres ». Ces pionniers de la discipline avaient fondé en France différentes « écoles de pensée ». La pratique de l'accouchement était considérée comme un art, ce qui sous-entendait que l'accoucheur était un « artiste ». La littérature scientifique comportait moins d'essais randomisés ou de méta-analyses, études considérées comme produisant potentiellement le plus haut « niveau de preuves scientifiques » et le nombre de « recommandations nationales » auxquelles pouvait se référer le praticien était limité. L'acquisition des connaissances était alors intensive, continue, basée principalement sur l'expérience clinique.

À cette époque, le repos dit « de sécurité » n'était pas envisagé et il n'était pas discuté d'un temps de travail horaire maximal par semaine pour les médecins séniors comme pour les internes. Les patientes et les médecins trouvaient normal que le gynécologue-obstétricien libéral assure lui-même l'accouchement de toutes « ses » patientes, quelle que soit l'heure du jour et de la nuit, week-end inclus, et ce, même s'il avait déjà œuvré les jours et nuits précédents. La législation concernant la continuité et la permanence des soins était pauvre. Aucun texte réglementaire ne déterminait le nombre de ressources humaines (gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, sage-femme) selon le volume et le type d'activité d'un établissement de soins. Les réseaux de soins en particulier concernant la périnatalogie étaient quasiment inexistants.

En outre, avant la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », les dossiers médicaux étaient souvent succincts, se limitant à la traçabilité des actes réalisés, sans trop de détails. Quant à la traçabilité de l'information délivrée et du contenu des échanges ayant eu lieu entre médecin et patient, elle était réduite à sa plus simple expression. Le dialogue entre médecin et patient pouvait parfois être teinté d'une forme de paternalisme, entre un « sachant » et un patient considéré comme « passif ».

Enfin, le contentieux médicolégal était peu important. Peu nombreux étaient les patients et patientes qui osaient saisir la justice des difficultés rencontrées dans leur parcours médical.

D'importants changements sont advenus avec la loi Kouchner, qui a profondément modifié la relation médecin-patient.

- Le médecin a, depuis la promulgation de cette loi, l'obligation de tracer tous les actes médicaux réalisés chez un patient, y compris le contenu de l'information délivrée et le consentement du patient aux soins proposés. Il en est de même pour les soins réalisés en urgence. Tous les soignants doivent consigner dans le dossier médical de façon détaillée les éléments médicaux (interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires, actes médicaux…), la surveillance médicale et les horaires, préciser le contenu de l'information, et recueillir le consentement aux soins proposés en s'assurant dans le même temps que le patient a bien compris les explications qui lui ont été communiquées par l'acteur de santé.
- Pour les actes médicaux les plus courants, les sociétés savantes ont le plus souvent proposé des aides à l'information matérialisées sous la forme de fiches. Il s'agit de supports écrits tendant à essayer de prouver qu'une information « honnête, claire, loyale et éclairée » a bien été dispensée à l'oral et à l'écrit et qu'elle est conforme au cadre réglementaire. Cette nécessité de traçabilité exhaustive dans le dossier médical est parfois mal vécue par les équipes médicales, en ce qu'elle crée une surcharge de travail administratif et transforme une naturelle « alliance thérapeutique » entre le patient et le médecin en une possible « suspicion thérapeutique ».
- Le niveau de preuves des études scientifiques a considérablement augmenté et s'est intensifié. L'*evidence based medicine* s'est imposée à tous et a engendré de multiples « recommandations » par de très nombreuses sociétés savantes nationales et internationales.
- Ces recommandations, dont le niveau de preuve est le plus souvent assez faible, ne sont pas établies en vue du règlement d'un éventuel conflit, mais ont essentiellement pour but d'aider le praticien à améliorer sa prise en charge des patientes. Cependant, c'est au regard de ces recommandations que les experts vont apprécier si cette prise en charge a été conforme « aux données acquises de la science ou aux règles de l'art ».
- Les praticiens et équipes médicales sont donc dans l'obligation de connaître ces nombreuses « recommandations », d'actualiser leur niveau de connaissance, mais aussi leurs « protocoles médicaux » et doivent justifier leur décision s'ils font le choix de ne pas « suivre » une recommandation nationale.
- Notre activité, dans toutes ses dimensions, chirurgie carcinologique, chirurgie fonctionnelle en particulier des troubles de la statique pelvienne, gynécologie médicale, orthogénie, médecine de la reproduction, médecine fœtale, obstétrique, est ainsi devenue normative, à la différence d'autres disciplines souvent plus épargnées. Ne pas respecter une « norme » peut exposer à un risque médicolégal, alors même que ces « normes », si elles ont pour but louable d'essayer d'améliorer la sécurité du patient, sont souvent issues d'« avis d'experts », c'est-à-dire d'un faible niveau de preuves, dont la pertinence peut être parfois discutable.

- Notre discipline est profondément ancrée dans la société. Elle a trait, en effet, à beaucoup d'aspects de la vie des femmes. Nombreuses sont celles qui ont le sentiment d'une prise en compte insuffisante de leur volonté dans la prise des décisions qui concernent leur corps, ce qui peut être à l'origine d'une forte défiance envers la médicalisation, celle de la naissance en particulier.
- On peut constater que si le niveau d'exigence de qualité des soins par les « usagers » a légitimement augmenté, en revanche les ressources humaines et les équipements des établissements de soins ne suivent pas cette tendance, ce qui doit interroger nos politiques de santé publique.

Ces évolutions de l'exercice de notre discipline expliquent en partie l'augmentation du contentieux médicolégal ainsi que le niveau de sinistralité de nos disciplines. Une telle situation peut décourager, après quelques années d'exercice, des soignants, qui ont souvent des connaissances très limitées sur la matière juridique et médicolégale.

Mais plutôt que de regretter « l'ancien temps » d'une société moins judiciarisée où le praticien semblait plus libre dans ses choix de soins, il est au contraire primordial que les soignants connaissent les règles de droit, obligations et cadre législatif de l'exercice médical tout comme les obligations du personnel de santé, et les chemins de la réclamation, de la plainte à l'expertise.

Il ne faut pas que cette connaissance des enjeux médicolégaux vienne envahir la pratique des soignants, mais il faut en avoir conscience, car la mise en cause d'un soignant est de nature à fragiliser son exercice futur en l'absence de connaissance et de gestion adéquate en amont de la relation patient-malade qui a pu être conflictuelle.

Très peu d'ouvrages abordent spécifiquement les problématiques médicolégales, et aucun à ma connaissance n'a abordé ces problématiques appliquées spécifiquement à la gynécologie-obstétrique.

Avocats et médecins, spécialistes du contentieux médicolégal, ont mis dans cet ouvrage leurs connaissances aux services de leurs confrères et consœurs ou des établissements de soins impliqués dans un contentieux médicolégal. Tous les aspects juridiques sont abordés de façon très didactique et sont illustrés par des situations cliniques concrètes, diverses et commentées, concernant aussi bien les problématiques de gynécologie médicale, de chirurgie gynécologique, d'obstétrique, de périnatalité et de pédiatrie. Les nombreux exemples concrets, décrits dans cet ouvrage, apportent des clés permettant de comprendre le cheminement d'une plainte, les possibilités d'actions en défense, en gestion et prévention du risque médicolégal.

Cet ouvrage complet et facile à lire devrait trouver rapidement une riche audience.

Pr Loïc Sentilhes
chef de service de gynécologie-obstétrique
CHU Pellegrin de Bordeaux