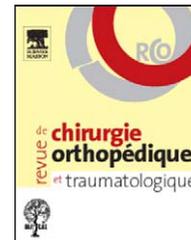




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Dimensions du risque de la chirurgie orthopédique en activité libérale[☆]

Assessment of malpractice risk impact in private practice

R. Amalberti^{a,*}, G. Bollini^{b,g,1}, J. Caton^{c,g,1}, O. Charrois^{d,g,1},
J.-Y. Nordin^{e,g,1}, P. Papin^{f,g,1}

^a Le Sou médical-Groupe MACSF, La prévention médicale, 10, cours du Triangle-de-l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense cedex, France

^b Hôpital de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille, France

^c Clinique Émile-de-Vialar, 116, rue Antoine-Charial, 69003 Lyon, France

^d Clinique Arago, 95, boulevard Arago, 75014 Paris, France

^e 8, rue Commandant-Mouchotte, 75014 Paris, France

^f Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, BP 436, 69655 Villefranche-sur-Saône, France

^g Orthorisq, 56, rue Boissonade, 75014 Paris, France

Acceptation définitive le : 7 février 2011

MOTS CLÉS

Assurance médicale ;
Plaintes ;
Risque ;
Responsabilité ;
Évènements
indésirables

Résumé La chirurgie orthopédique et traumatologique est une des chirurgies les plus exposées aux plaintes des patients. Une étude rétrospective de 791 déclarations de plaintes auprès d'une même assurance survenues à une cohorte de 794 chirurgiens sur une période de cinq ans (2002–2007) fournit un cadre d'analyse des dimensions du risque de l'exercice professionnel. Dans la base considérée, 6,8% des chirurgiens concentrent 46,8% des déclarations de plaintes ; ils en ont eu cinq ou plus en cinq ans, et représentent 64,1% du coût à charge pour l'assurance. Inversement 65% des chirurgiens n'ont eu aucune déclaration dans cette période. Le « sur-risque » concerne particulièrement la chirurgie du rachis et de la hanche alors que la chirurgie du membre supérieur est au contraire sous-représentée. La discussion analyse les limites de l'étude et propose une compréhension des causes profondes de ces sinistres selon trois dimensions du risque : le type de chirurgie, le type d'exercice professionnel (établissement, organisation de l'activité) et des facteurs personnels (compétence à communiquer, traces de vie, etc.).

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

[☆] Cet article est consultable sur www.sciencedirect.com et sur www.emc-consulte.com/produit/rcot.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rene.amalberti@lesou.macsf.fr (R. Amalberti).

¹ Orthorisq@sofcot.fr.

Introduction

L'enrichissement progressif de nos sociétés industrielles a eu pour corollaire une sensibilité accrue aux pertes de chance et aux problèmes de sécurité résiduels. La médecine n'a pas échappé à ce vaste mouvement. Les droits d'accès à l'information sur les préjudices subis, et de réparation des victimes ont été renforcés (loi du 4 mars 2002 sur les droits du patient [1] complétée par la loi du 30 décembre 2002 traitant notamment des préjudices liés aux infections nosocomiales). La médecine est devenue pour les patients une science exacte où tout incident lors de la prise en charge médicale est ressenti comme une injustice requérant une indemnisation. En France, un chirurgien orthopédiste sur deux serait mis en cause par an [2].

Dans la réalité, les accidents médicaux ne sont sans doute pas plus fréquents qu'avant ; les quelques indicateurs disponibles attestent même de l'inverse [2,3]. Mais les compensations deviennent plus importantes au point d'avoir provoqué une crise assurantielle croissante pour les spécialités dites à risque à partir de 2003, particulièrement visible avec les obstétriciens en 2007, et d'ampleur également conséquente pour les chirurgiens orthopédistes, crise favorisée, ou réglée partiellement suivant les avis, par le passage du fait générateur au fait déclaratif conséquence de la loi du 30 décembre 2002 dite loi About [4]. Si l'on raisonne en moyenne sur toute la chirurgie orthopédique, le risque de plainte pour un orthopédiste, comme tous les risques chirurgicaux, a évolué défavorablement dans le portefeuille des assureurs. L'évolution sociétale, demandant plus de transparence et de droit à réparation, a eu un second effet aggravant les primes : la justice a eu tendance à augmenter les indemnisations aux victimes pour la même gamme de faute (Fig. 1).

Cette crise a eu deux effets :

- l'un est très positif ; des efforts significatifs ont été engagés par les professions concernées pour mieux connaître leurs risques, améliorer leurs pratiques et réduire leurs événements indésirables. L'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles pour les médecins des spécialités à risques mise en œuvre par la Haute Autorité de santé [5,6] a favorisé ce processus d'amélioration de la qualité des pratiques par la gestion des risques médicaux en demandant aux chirurgiens de déclarer des d'événements porteurs de risques (EPR) à l'organisme

Indemnisation moyenne par sinistre corporel fautif

(Source Sou Médical-groupe MACSF : 2002-2006)

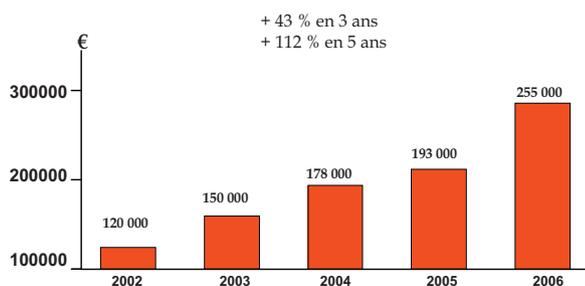


Figure 1 Indemnisation moyenne par sinistre corporel fautif.

agréé de la spécialité de chirurgie orthopédique et traumatologique (Orthorisiq [7]) ;

- l'autre est négatif : les primes d'assurance se sont envolées en valeur. Le marché de l'assurance s'est recomposé. Plusieurs acteurs en responsabilité civile professionnelle ont augmenté leurs tarifs, d'autres ont jeté l'éponge réduisant les offres disponibles pour les professionnels.

La crise assurantielle s'atténue progressivement. Mais qu'en est-il réellement du risque et de ses causes immédiates et racines (causes profondes) en orthopédie ?

Est-il possible de dégager des dimensions distinctes du risque ?

Méthode

Sept cent quatre-vingt-onze dossiers ont été analysés, représentant tous les dossiers de déclarations de plainte par le chirurgien suivie de dépôt de plainte et concernant l'activité orthopédique colligés auprès d'une même assurance (le Sou Médical-groupe MACSF) sur une période de cinq ans (2002–2007).

Par convention et agrément interauteurs, le terme de sinistre a été réservé à un dossier où la responsabilité du médecin était jugée de façon définitive, et le terme de déclaration pour un dossier non encore jugé. Dans la suite du texte, compte tenu de la base, on ne parlera que de déclarations. En effet, 67% des dossiers examinés dans la base n'étaient pas clos. L'analyse anticipatrice du comité médical recouvrait à plus de 95% les indemnisations versées réellement à l'issue des plaintes jugées. Notre choix de retenir les déclarations de plaintes jugées et non jugées a été conditionné par le fait que le traitement de sinistres clôturés aurait renvoyé à des faits trop anciens (plusieurs années, jusqu'à dix ans et plus) dont les pratiques et les organisations en cause n'étaient souvent plus d'actualité pour en tirer des conclusions utiles à la profession.

Ces déclarations de plaintes analysées ont concerné une cohorte de 794 sociétaires orthopédistes clients de l'assurance dans cette même période de temps.

Critère d'inclusion-exclusion :

- la base analysée concerne exclusivement les déclarations de plaintes survenues en activité libérale (en incluant dans l'échantillon les praticiens hospitaliers du secteur public ayant une activité privée). Tous ces sociétaires étaient encore – ou avaient été – assurés par la mutuelle dans la période considérée ;
- les signalements issus d'un 'signalement préventif' du médecin, sans plainte ultérieure du patient, ont été systématiquement exclus de l'étude.

Critères analysés :

- les caractéristiques du chirurgien : âge, lieu d'activité, nombre de sinistres, type d'exercice ;
- les caractéristiques du patient : âge, sexe, type de pathologie et de chirurgie ;
- le type d'événement indésirable qui fonde le dossier de plainte.

Tableau 1 Tableau détaillé de la charge financière représentée par les sociétaires en fonction du nombre de sinistres.

Nombre de déclarations par sociétaire	Nombre de sociétaires concernés	Somme cumulée des sociétaires concernés	Somme cumulée des déclarations par ligne et (somme totale)	Charge	Charge moyenne par sociétaire	Coût moyen par sinistre	Répartition de la charge globale (%)	Répartition de la charge globale cumulée (%)
12	1	1	12 (12)	111 196	111 196	9266	0,8	0,8
11	2	3	22 (34)	325 853	162 926	14 811	2,4	3,2
10	2	5	20 (54)	252 093	126 046	12 605	1,8	5,0
9	8	13	71 (126)	100 9647	126 206	14 023	7,4	12,4
8	4	17	32 (158)	2 535 631	633 908	79 238	18,5	31,0
7	7	24	49 (207)	644 500	92 071	13 153	4,7	35,7
6	13	37	78 (285)	2 690 766	206 982	34 497	19,7	55,4
5	17	54	85 (370)	1 200 480	70 616	14 123	8,8	64,1
4	25	79	100 (470)	1 884 858	75 394	18 849	13,8	77,9
3	36	115	108 (578)	1 013 644	28 157	9386	7,4	85,3
2	51	166	102 (680)	862 659	19 915	8457	6,3	91,6
1	111	277	111 (791)	1 142 322	10 291	10 291	8,4	100,0
0	517	794	791	0	0	0	0,0	
	794	794		13 673 610				

Les déclarations de plaintes ont été analysées sur une base de données Excel. Les statistiques ont été faites en utilisant le logiciel STATA.

Ces dossiers ont été analysés à partir du résumé d'observation rédigé par le comité médical de l'assurance. Ce résumé, de trois à quatre pages, comportait une description détaillée de l'observation médicale, une analyse juridique avec une évaluation de l'imputabilité et des préjudices, et parfois les conclusions de la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI). L'ensemble des données est présenté sur un tableau Excel (Fig. 2), chaque ligne représente une déclaration :

Sur les 791 dossiers de plaintes, 690 dossiers se sont avérés finalement accessibles et complets dans la période d'étude avec expertises externes à la MACSF et avis du comité médical (certains dossiers étaient trop peu documentés, d'autres inaccessibles, en cours d'instruction, ou indisponibles ponctuellement). L'analyse globale de la sinistralité et des coûts associés porte donc sur les 791 dossiers, mais l'analyse détaillée seulement sur 690 dossiers.

En colonne, étaient codées huit classes d'information :

- un numéro d'ordre de dossier ;
- le nombre de déclaration du sociétaire ;
- les caractéristiques du patient : âge, sexe ;
- le rappel de l'histoire médicale limitée à 500 mots ;
- le mécanisme de défaillance supposé (cause immédiate) telle qu'il apparaissait par analyse du dossier :
 - pas de complication franche, mais insatisfaction du patient sur le résultat fonctionnel. Cette catégorie incluait les conflits avec les patients et les cas d'informations reprochées insuffisantes,
 - complications générales du patient en per- ou postopératoire. Cette catégorie incluait les complications générales per- ou postopératoires engageant le pronostic vital,
 - complications postopératoires à type de déficits neurologiques périphériques (paralysie, parésie). Cette catégorie incluait les complications de la chirurgie du rachis, les complications liées à l'acte d'anesthésie,
 - indications chirurgicales incertaines ou techniques incertaines. Cette catégorie incluait les erreurs de diagnostics, les indications précipitées (jugement d'expert), et les choix de techniques chirurgicales discutables,
 - erreur de côté ou de site opératoire,
 - oubli de corps étranger (aiguilles, compresses, ou tout autre dispositif médical),
 - défaillance précoce du dispositif médical implantable (descellement précoce de prothèse, fracture prématurée du matériel),
 - infections postopératoires ;
- la responsabilité du chirurgien a été évaluée par une cotation allant de 1 à 4. Elle était établie par le Comité médical de l'assurance et les expertises recueillies sur la base de l'analyse du dossier et des faits disponibles. Elle était corrélée avec le provisionnement financier de l'assureur prévu pour réparation :
 - valeur 1 – aléa ou plainte abusive ; le sociétaire n'était pas responsable par exemple : gêne liée à un raccourcissement de membre de 10 mm après une PTH,

N°	bsin	age	sex	Défaillance	Texte	N° dossier	Date sinist	Date ouvert.	Date term.	Eval	
1	1	44	F	Insatisfaction résultat, multipère	Genou_Fract complex genou par arme à feu>interv multiples>proth 1989 R 18994		01/08/1989	07/10/2003	18/05/2004	3 049	
2	1	32	H	Insatisfaction résultat, reprise à distance	Rachis_Lomboscoliotique resist 3M trt med>hemie discale L4-L5-S 2002 R 20694		18/04/2002	21/01/2003	31/10/2006	3 000	
3	6	2	48	F	défaut info	Canal carpien Ouvrière, canal carpien depuis 10 ans>chir conventi 1988 R 27014		09/10/1988	03/02/2003	10/10/2007	70 000
4	1	39	F	Inf post op	Genou_ATCDS ligamentoplast lig croisé>mpot fonct gen>arthroar 2001 R 30498		05/07/2001	10/02/2003	19/11/2007	35 000	
5	1	68	F	Inf post op	Hallux valgus bilat>scat tenoplastie, arthroplastie 2° onseil D puis G, 1969 R 48815		04/05/1969	10/02/2003	20/02/2006	12 180	
6	2	23	H	Comp étranger	Chevillie_Fract B malléol opéré ostéosynthèse>2 ans>artré>altér 1998 R 23438		04/12/1998	10/02/2003	01/10/2006	3 500	
7	2	43	F	Complication post op, paralysie tibial post	Jambe_Apoplexie traitée médicalement> douil persist>neurolyse n 1999 R 46817		13/06/1999	11/02/2003	25/01/2005	3 050	
8	1	49	H	Insatisfaction résultat, reprise à distance	Coude>fracture coude opérée>reprise par autre chir sur defict nerf 2002 R 29880		18/06/2002	11/02/2003	28/02/2006	3 000	
9	3	24	F	Technique chirurgicale	Hallux valgus>exostectomie>unifia>Synd algoneurostroph post 1999 R 48816		03/02/1999	11/02/2003	18/02/2007	150 000	
10	3	61	H	Complication per op, paralysie médian	Epaule instable>rupture coffe, butée pré-glénoïdienne, suture coffe 2001 R 30501		21/11/2001	12/02/2003		0 000	
11	1	48	H	Inf post op	Fract bi malléol op>ostéosynthèse>ablati, mats>Zans>arthrite sept 2000 R 29777		07/09/2000	13/02/2003		0 000	
12	4	48	H	Technique chirurgicale	Main_Paresthésies 2 mains > Avant bras>neurolyse cubital D>G (2001 R 30512		17/01/2001	18/02/2003		0 000	
13	1	64	F	Inf post op	Lux cong hanche>sepsis post op confondu avec s'nysele>excisor 2000 R 29783		09/12/2000	20/02/2003		0 000	
14	1	70	F	Inf post op	Genou_Gonarthrose>prothèse totale genou tricom>tementale so 2001 R 30516		06/02/2001	27/02/2003		0 000	
15	1	49	F	Insatisfaction résultat fonctionnel	Canal carpien unilat sévère>refus infiltrat>libération endoscopique>2002 R 30107		03/06/2002	27/02/2003	22/02/2007	3 050	
16	1	50	H	Inf post op	Fracas genou et jambe, lésions cutanées>ostéosynthèse d'insrie, sr 2000 R 29788		17/08/2000	03/03/2003		10 000	
17	1	76	F	Inf post op	Genou>arthrose>bien au début>2001 R 29882		09/01/2001	14/02/2003		0 000	
18	1	21	F	Insatisfaction résultat	Arthrose>invalitante ep				27/01/2006	3 000	
19	1	54	F	Matériovigilance	Genou_Gonarthrose>prothèse totale genou tricom>tementale>pr 2002 R 30226		18/03/2002	04/04/2003	03/08/2007	24 000	
20	1	32	H	Matériovigilance	Instabil genou>ligamentoplastie daaron>rupture prothétique>suite 1995 R 23442		29/10/1995	07/04/2003		25 000	
21	3	75	F	Diagnostic incomplet/incorrect	Podicte_Myosartrite>Inf>arthrose>arthrite>arthroplastie>2002 R 30325		11/01/2002	10/04/2006	15/04/2005	3 500	
22	4	9	H	Comp étranger	Podicte_Myosartrite>Inf>arthrose>arthrite>arthroplastie>2002 R 30325		11/01/2002	10/04/2006	15/04/2005	3 500	
23	5	50	F	Complication post op, paralysie	rupture coffe>suture chir>sepsis en maison convalesc>en>attente 2001 R 30565		09/10/2001	18/04/2003	09/08/2006	37 000	
24	9	3	82	F	Complication post op, paralysie	Fract bilat col fémur gardien I/>prothèse bilat tete zircone>fract tete 2000 R 29812		03/01/2000	05/05/2003	17/11/2008	33 000
25	1	49	H	Matériovigilance	Fract bilat col fémur gardien I/>prothèse bilat tete zircone>fract tete 2000 R 29812		03/01/2000	05/05/2003	09/08/2006	10 000	
26	1	37	F	Insatisfaction résultat, reprise à distance	Estimation de la responsabilité (1= pas responsable, 4= totalement responsable)				05/05/2003	09/07/2006	3 049
27	1	28	F	Insatisfaction résultat, reprise à distance	Estimation de la responsabilité (1= pas responsable, 4= totalement responsable)				05/05/2003	15/08/2007	3 049
28	1	55	H	Inf post op	Genou_arthroplastie genou G OK>				05/2003	02/03/2006	3 049
29	2	52	F	Complication post op, paralysie SPE	Hanche_Gonarthrose G opérée sans				05/2003	02/03/2006	3 049
30	1	44	H	Inf post op	Ostéotomie pour arthrose fémoro-p				05/2003	17/11/2008	30 000
31	1	48	H	Inf post op	Mollaire cheville>oste				05/2003	07/11/2006	5 000
32	1	39	H	Insatisfaction résultat, reprise à distance	Hanche_Desolement cotyloïdien>				05/2003	28/08/2005	2 000
33	1	28	F	Complication post op, paralysie sciatique	Hanche_Desolement cotyloïdien>				07/2003	27/11/2007	3 000
34	4	51	H	Comp étranger	Main_Plaquette, plaie main G pr pte				07/2003	03/08/2006	3 000
35	3	48	F	Diagnostic incomplet/incorrect	Chevillie_Entorse grave cheville, oc				07/2003	15/000	
36	1	22	H	Résultat médiocre, algodynie	Genou_Sportif ATCDS menisectot				07/2003	03/07/2007	3 000
37	3	49	H	Complication post op, paralysie nerveuse	Main_opér Dupuytren>difficult opé				09/2003	23/11/2006	3 100
38	1	51	F	Insatisfaction résultat, insatisfaction	Hallux valgus bilat> décision op aje				09/2003	01/06/2006	15 000
39	1	42	F	Insatisfaction résultat fonctionnel	Fractur D12>corset plâtre>10 rev				09/2003	03/03/2006	3 049
40	4	25	H	Comp étranger	Epaule_polytrauma, frac olavicule>				09/2003	21/02/2005	3 050
41	3	62	F	Complication per op, paralysie médian	Canal carpien bilat>ope>on D mais section accidentelle nerg mf 2003 R 19509		24/04/2003	20/08/2003	23/05/2008	80 000	
42	1	47	H	Insatisfaction résultat, reprise à distance	Pied_Neuropathie>neuro>opé>stabil 2002 R 30862		16/06/2002	03/09/2003		25 000	
43	4	37	H	Complication rachis_tetraplégie	Rachis_Neuropathie>neuro>opé>stabil 2003 R 20340		05/09/2003	05/09/2003	20/04/2004	3 049	
44	1	64	F	Résultat médiocre, algodynie	Coude_Ligamentoplastie genou>Hémiarthrose drame à J3>sepsis 2002 R 30712		29/07/2002	18/09/2003	22/06/2006	3 049	
45	6	1	45	H	Mauvais résultat chir hallux valgus imputé à matériel inadapté	Coude>fractures complex comminutive coude>poign>ostéosynth à 2001 R 30846		21/07/2001	11/09/2003	29/07/2006	3 049
46	1	20	H	Inf post op	Genou_Ligamentoplastie anti>persistance instabilité genou>arthros 2003 R 22722		18/02/2003	29/09/2003	22/08/2006	4 000	

Figure 2 Extrait de la base de données utilisée pour coder et analyser les dossiers de sinistres.

- o valeur 2 – le sociétaire n’était reconnu directement responsable, avec une histoire médicale probablement considérée comme un aléa, mais l’analyse de tous les faits connus montrait des faiblesses d’organisation ou de prudence par exemple : paralysie du SPE sur troisième reprise de PTH, indication discutable,
- o valeur 3 – le sociétaire était clairement impliqué, mais pas seul (suites opératoires compliquées où il n’est pas venu en premier voir son patient, mais où l’anesthésiste a été aussi défaillant). La plainte portait alors souvent sur plusieurs professionnels,
- o valeur 4 – le sociétaire était la personne la plus impliquée, et la faute était avérée (erreur de côté, erreur patient);
- les dates de survenue du motif et du dépôt de la plainte, et de clôture de l’affaire (=sinistre) (quand c’était le cas);
- la valeur de provisionnement où le prix réel payé (quand le dossier était clôturé).

Résultats

Résultats généraux (analysés sur la totalité des 791 dossiers de plaintes)

Les résultats sont comme suit (Tableau 1) :

- 6,8% des chirurgiens (54/794) concentraient 46,8% des déclarations de plaintes (370/791) avec cinq déclarations de plaintes ou plus en cinq ans. Le règlement de leurs sinistres représentait 64,1% du coût à charge pour l’assurance;
- 7,5% des chirurgiens (61/794) avaient eu trois ou quatre déclarations de plaintes dans la même période, 20,4% des

chirurgiens (162/794) un ou deux déclarations de plaintes et 65,1% des chirurgiens (517/794) aucune déclaration.

Ces données montrent qu’une valeur moyenne de déclaration de plainte par chirurgien reflète « peu la réalité » (Tableau 1).

Nature des défaillances (analysés sur les 690 dossiers de plaintes complets)

Les patients insatisfaits sur le résultat fonctionnel escompté (44%) et les infections postopératoires (25%) représentaient un peu plus des deux tiers des dossiers (Fig. 3). Le dernier tiers était constitué des sept autres causes identifiées de défaillances.

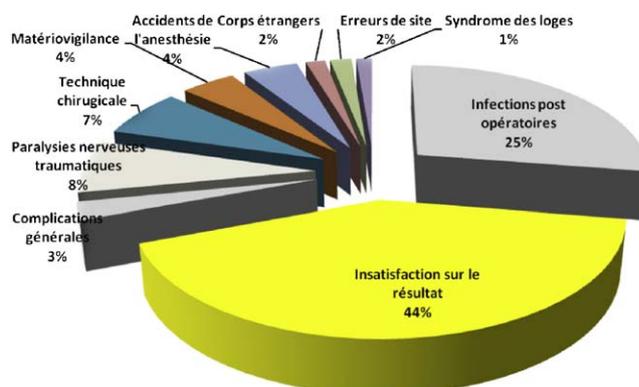
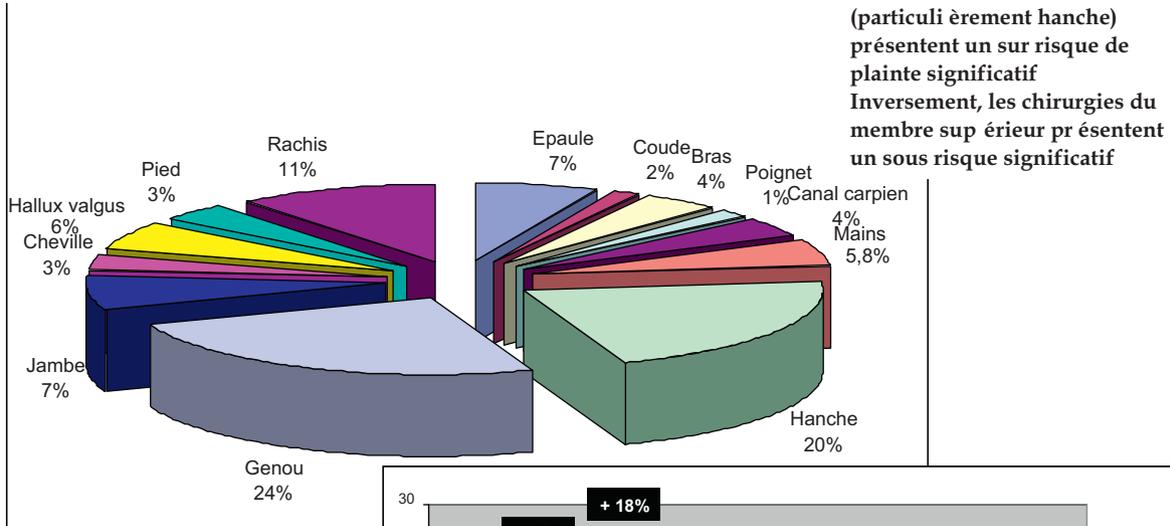


Figure 3 Fréquence relative des défaillances (causes immédiates) dans la base de données des sinistres.

Répartition des déclarations par type de chirurgie

Source Base de données Sou Médical-Gruppe MACSF, 2003 -2007



Les chirurgies du rachis et du membre inférieur (particulièrement hanche) présentent un sur risque de plainte significatif. Inversement, les chirurgies du membre supérieur présentent un sous risque significatif.

Comparaison avec le volume d'actes recensé par la CCAM avec présentation des chirurgies selon leur risque relatif

Source ATIH nomenclature, juin 2009

Lecture : Quand la fréquence relative au Sou (en clair) est supérieure à la fréquence relative des actes en France (en noir), on parle de sur risque. Dans le cas inverse, on parle de sous risque.

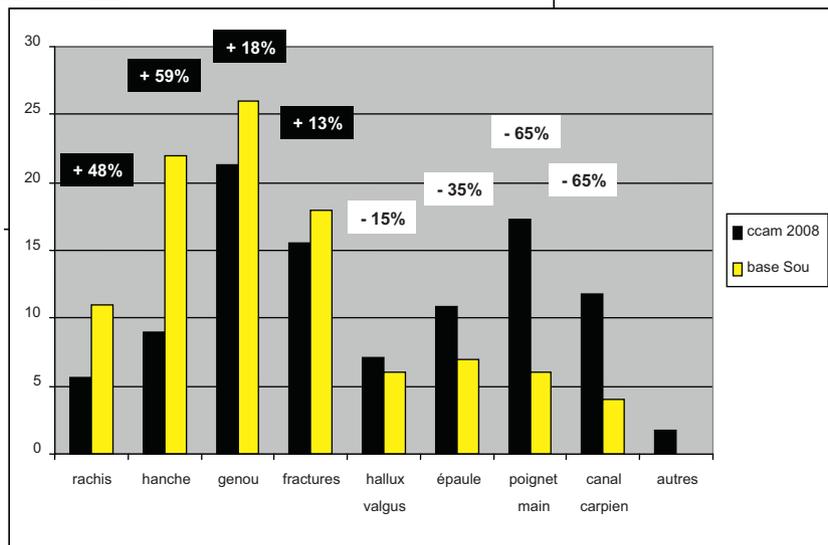


Figure 4 Répartition des plaintes par type de chirurgie et comparaison des fréquences avec la fréquence relative de ces actes de chirurgie en France (au total : membres inférieurs 67%, membres supérieurs 22%, rachis 11%, la fréquence des déclarations étant comparée à la fréquence des actes.).

Profil des activités/type de chirurgie

La base de déclarations a été catégorisée par type d'interventions chirurgicales, puis comparée au volume des actes d'orthopédie recensés par la Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour chacune de ces interventions² (Fig. 4) :

- les prévalences des chirurgies du rachis et de la hanche étaient deux fois plus fortes dans la base déclaration que dans la base CCAM (source ATIH³) ;

- la typologie des complications motivant les plaintes était extrêmement diverse : insatisfaction du résultat, syndromes séquellaires neurologiques, infections, etc. ;
- la chirurgie du genou était à un titre moindre « surreprésentée » dans la base sinistre (la « surdéclaration » tenait pour l'essentiel aux conséquences des deuxième et troisième reprises sur la même articulation) ;
- inversement, la chirurgie du membre supérieur était massivement sous-représentée dans la base déclaration (près de trois fois moins prévalente que dans la CCAM)

² NB : Bien que le rapprochement de ces deux bases soit intéressant à commenter, l'analyse statistique comparative de deux bases aussi différentes dans leur objectif et leur dimension ne peut avoir grande valeur scientifique. Il faut donc considérer ce résultat avec prudence, plus comme une orientation qu'un fait établi.

³ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, <http://www.atih.sante.fr/>).

Caractérisation du sous-groupe multidéclaration (> 6)

Les caractéristiques des sociétaires ayant eu six déclarations ou plus ont été comparées à celles des sociétaires ayant eu moins de deux déclarations :

Tableau 2 Répartition des déclarations par type de chirurgie et sinistralité des sociétaires.

Site de la chirurgie	Nombre de déclarations de plaintes			690 Total (%)
	< 2 (%)	5 > 4 > 3 (%)	> 6 (%)	
Coude et bras	22 (10,0)	14 (5,15)	12 (6,06)	48 (6,96)
Épaule	14 (6,36)	17 (6,25)	15 (7,58)	46 (6,67)
Genou	52 (23,64)	70 (25,74)	44 (22,22)	166 (24,06)
Hanche	38 (17,27)	59 (21,69)	47 (23,74)	144 (20,87)
Jambe	16 (7,27)	17 (6,25)	16 (8,08)	49 (7,1)
Main et poignet	23 (10,45)	43 (15,81)	9 (4,55)	75 (10,87)
Pied et cheville	31 (14,09)	30 (11,03)	27 (13,64)	88 (12,75)
Rachis	24 (10,91)	22 (8,09)	28 (14,14)	74 (10,72)
	272 (100)	220 (100)	198 (100)	690 (100)

Pearson $\chi^2(14)$: 26,5963 ; Pr : 0,022.

- le lieu géographique d'exercice professionnel n'était pas significatif ;
- l'âge ne différait pas de la population de référence ;
- la patientèle était plus jeune avec une surreprésentation des patients de 20 à 40 ans, sans atteindre les seuils de signification statistique (χ^2 non significatif) ;
- « les sociétaires à risque étaient surreprésentés dans la chirurgie du rachis » par rapport aux sociétaires ayant peu de déclarations (1 ou 2). Ils étaient sous-représentés dans la chirurgie de la main et du poignet (χ^2 26,59 ; $p=0,022$) (Tableau 2).

Les chirurgies de la hanche et à un titre moindre du genou étaient globalement sur représentées dans la base de déclaration par rapport à la référence de la CCAM, mais cette sur représentation n'était pas propre au sous-groupe multidéclaration.

Le sous-groupe multidéclaration était sur représenté dans les mauvaises informations données au patient, les mauvaises indications (χ^2 51,02 ; $p=0,0001$). les corps étrangers oubliés, et les paralysies (Tableau 3) :

- inversement, l'insatisfaction des patients quant au résultat fonctionnel, les infections post opératoires, (69% des motifs de plaintes de la base), n'étaient en rien spécifiques au sous-groupe multidéclaration.

Les sociétaires du sous-groupe multidéclaration étaient significativement plus souvent reconnus responsables de leur sinistre que les sociétaires n'ayant qu'une ou deux déclarations ($\chi^2 = 44,99$; $p=0,0001$) (Tableau 4) ;

- en-dessous d'une déclaration par an sur les cinq années analysées, il n'y avait pas de différence statistique entre sociétaires, qu'ils aient un, deux ou cinq déclarations.

Discussion

Existe-il plusieurs profils de chirurgiens à déclarations multiples.

L'analyse temporelle de la survenue des déclarations révèle deux profils de risque très différents (Fig. 5) et révèle aussi par défaut un troisième profil masqué :

- profil A : les chirurgiens en sur déclaration constante, qui présentent une pente régulière de sinistralité. L'inférence est aisée. Sans action ciblée, le risque de déclaration de plainte persiste identique ;
- profil B : il s'agit d'une soudaine accélération de la sinistralité, parfois limitée à une période assez courte, mais qui peut atteindre des degrés d'intensité et de responsabilité très forts. Les chirurgiens victimes de ruptures de

Tableau 3 répartition des déclarations par type de défaillance et sinistralité des sociétaires.

Défaillance	Nombre de déclarations de plaintes			690 Total (%)
	< 2 (%)	5 > 4 > 3 (%)	> 6 (%)	
Complication générale	4 (1,82)	6 (2,21)	6 (3,03)	16 (2,32)
Complication liée à l'anesthésie	14 (6,36)	12 (4,41)	10 (5,05)	36 (5,22)
Corps étranger oublié	0	3 (1,1)	7 (3,54)	10 (1,45)
Erreur de site/Patient	9 (4,09)	2 (0,74)	0	11 (1,59)
Infection post-op	41 (18,64)	81 (29,78)	54 (27,27)	176 (25,51)
Insatisfaction sur le résultat	113 (51,36)	125 (45,96)	69 (34,85)	307 (44,49)
Paralysies nerveuses	22 (10,0)	20 (7,35)	28 (14,14)	70 (10,14)
Indications, information, et technologie	12 (5,45)	8 (2,94)	16 (8,08)	36 (5,22)
Matériorvigilance	5 (2,27)	15 (5,51)	8 (4,04)	28 (4,06)
	272 (100)	220 (100)	198 (100)	690 (100)

Pearson $\chi^2(16)$ = 51,0273 ; Pr = 0,0001

Tableau 4 Responsabilité du chirurgien en fonction du nombre de déclarations de plaintes.

Responsabilité	Nombre de déclarations de plaintes			Total
	< 2	5 > 4 > 3	> 6	
Engagée (4 et 3)	47	30	73	150
	21,36	11,03	36,87	21,74
Limitée (2 et 1)	173	242	125	540
	78,64	88,97	63,13	78,26
	100,0	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(2) = 44,9954$; Pr = 0,000

vie y sont exposés : changement professionnel ou conflits, changement de clinique, de technique, ou personnel avec un évènement fort de la vie privé ;

- profil C : 517 chirurgiens de la base n'ont pas fait de déclaration de plainte pendant la période considérée, mais il est hautement vraisemblable, compte tenu de ce que l'on sait de la sinistralité moyenne en chirurgie orthopédique et traumatologique, qu'une partie de ces chirurgiens ait vécu des situations à risques avec leur patient, ou simplement aient dû faire face à des résultats moins satisfaisants qu'escomptés. Ces chirurgiens ont donc vraisemblablement su gérer ces évènements sans aboutir à des plaintes de leur patient, sans doute par un savoir faire fait de

transparence, communication et confiance mutuelle avec leur patientèle.

La place particulière de la chirurgie orthopédique dans les chirurgies à risques

La chirurgie orthopédique et traumatologique compte parmi les chirurgies où les plaintes des patients sont les plus nombreuses, en France comme à l'étranger.

L'explication la plus probable, sinon la plus notable, est que la chirurgie orthopédique n'est pas ressentie comme une chirurgie vitale mais le plus souvent comme une chirurgie du

2 profils de sinistralité

Exemple des sociétaires ayant eu 6 sinistres en 5 ans

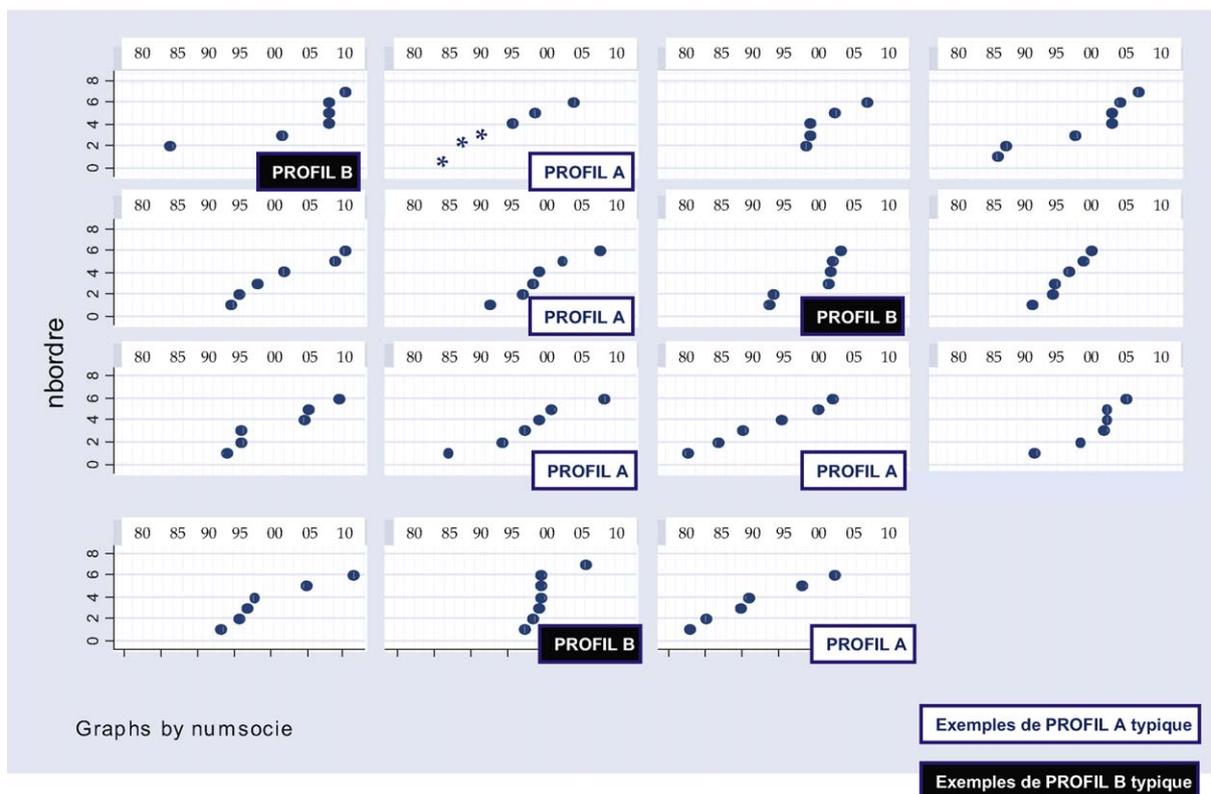


Figure 5 Deux profils de sinistralité : un profil A régulier, étalé dans le temps, et un profil B, explosif, avec accumulation isolée des sinistres sur une courte période de temps.

mouvement, du confort et de la douleur et par extension une chirurgie pour la vie quotidienne. L'échec est donc très mal vécu par le patient. Au sein de la chirurgie orthopédique, la chirurgie du rachis est elle-même nettement individualisée du fait de la gravité potentielle de ses complications ou d'un résultat fonctionnel médiocre.

Valeur de la base analysée

La représentativité nationale de la base considérée est bonne, même si elle souffre de quelques biais

La base analysée couvre une période d'une assez grande instabilité des sociétaires allant et venant d'une assurance à l'autre. Sur l'ensemble des cinq années considérées, le mouvement est plutôt négatif sur cette base avec des départs qui excèdent les arrivées. Certains sociétaires n'ont donc pas été suivis sur la totalité des cinq ans ; or ceux qui sont partis sont ceux qui étaient les plus en position de trouver un nouvel assureur, faisant partie des moins sinistrés. La base considérée présente donc deux biais probables par rapport à une base nationale des réclamations aux assureurs dans cette spécialité :

- elle est probablement surreprésentée pour ses sociétaires anciens et sur sinistrés par rapport à une moyenne nationale ;
- elle est, en revanche, certainement sous-représentée en nombre de déclarations totales (791 déclarations pour une cohorte de 794 chirurgiens sur la période de cinq ans) puisque certains des 794 sociétaires ont quitté cette mutuelle pendant la période observée, et s'ils ont eu par la suite dans cette même période de cinq ans des déclarations, elles ne sont pas prises en compte puisqu'elles ont été faites au nouvel assureur.

Sa valeur reste entière dans la mesure où l'analyse approfondie des dimensions du risque qu'elle reflète n'est pas affectée par ces biais au demeurant mineurs.

Le contenu d'une base de plaintes aux assureurs ne reflète pas l'épidémiologie exacte des erreurs survenues dans une profession donnée

Une étude américaine de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) des erreurs en chirurgie orthopédique [8] a recueilli les données par questionnaires envoyés à 5540 chirurgiens. Les 917 réponses retournées (16,7%) ont montré une prévalence très forte des problèmes relatifs aux dispositifs médicaux (absents, en pannes, etc., 29%) et à la coordination des équipes (24,7%). Les erreurs de sites représentaient 5,6% des déclarations, et les erreurs de produits médicamenteux 9,7%. Les deux chirurgies les plus concernées étaient le genou et les doigts (35% chacun), puis le pied et le coude (15% chacun) et enfin le rachis (5%).

En Suède, la base nationale des plaintes de patients (23 364 plaintes au total sur huit ans) montre que l'ostéotomie tibiale est l'acte chirurgical le plus à risque toutes spécialités orthopédiques confondues [9].

Ces chiffres recourent les chiffres traditionnellement obtenus par des méthodes de retour d'expérience spontanée où les chirurgiens et les patients citent leurs incidents, indépendamment de leur gravité et de leur destinée juridique

[10]. On retrouve dans cette étude des chiffres finalement assez cohérents avec ceux de la base de retour d'expérience dite Base Rex de l'analyse des événements porteurs de risque de l'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles (Orthorisq) : il s'agit aussi d'un système de déclaration volontaire, et il est dominé par les problèmes liés aux dispositifs médicaux et aux questions de coordination d'équipe pour les chirurgiens orthopédistes.

Inversement, une base de plaintes de patients chez un assureur comme celle analysée dans cette étude est nécessairement différente en ce sens qu'elle concentre uniquement ce qui motive les insatisfactions les plus graves du patient. Ainsi les questions de matériels et de coopération ne font pas sens dans ce type de base car non seulement elles échappent le plus souvent au patient, mais elles ne causent pas nécessairement de préjudice (le matériel en panne). De même, la chirurgie de la main produit de nombreux incidents, particulièrement de site opératoire, mais finalement probablement plus « pardonnés » par les patients contrairement à une chirurgie du membre inférieur ou du rachis souvent plus invalidante quand elle dysfonctionne.

Enfin, cette base ne concerne que les libéraux et chirurgiens hospitaliers à secteur libéral, ce qui crée un biais de recrutement automatique pour les pathologies traumatiques généralement plutôt traitées à l'hôpital public. Malgré ce biais de recrutement en volume total, les déclarations relatives à la traumatologie restent assez nombreuses dans la base, ce qui est un indicateur de sous-représentation assez franche de ce risque à l'échelle nationale.

Dans tous les cas, il restera difficile de transposer tous les chiffres d'un pays à un autre compte tenu des différences dans les méthodes de codage des événements, et dans les pratiques. Pire, pour la France, les statistiques d'erreurs par actes sont presque totalement manquantes par le fait du non-fonctionnement de l'observatoire des risques [11,12] et par le délai des dossiers clôturés analysés dans cet observatoire. Les seules images du risque restent donc soit le fait de systèmes de signalement comme celui de l'accréditation, avec toutes les limites épidémiologiques qui le caractérise, soit le fait des bases assurances, souvent peu ouvertes sur les détails de leur base et non dénuées également de biais.

L'émergence de trois dimensions distinctes du risque

Trois dimensions de risques paraissent devoir être considérées (Fig. 6) :

- le type d'activité :
 - certaines chirurgies (membre supérieur) sont moins l'objet de déclarations de plaintes que d'autres (rachis, hanche, genou),
 - certaines patientèles dans ces chirurgies à risques sont encore plus à risques : patientèle jeune, indication précoce, et reprises multiples de résultats précédents insatisfaisants,
 - peu de chirurgiens n'ont aucun de ces facteurs de risque, mais certains ont clairement une surreprésentation de leur présence : choix de patientèle, indications précoces, spécialisation chirurgicale ;
- les facteurs personnels :

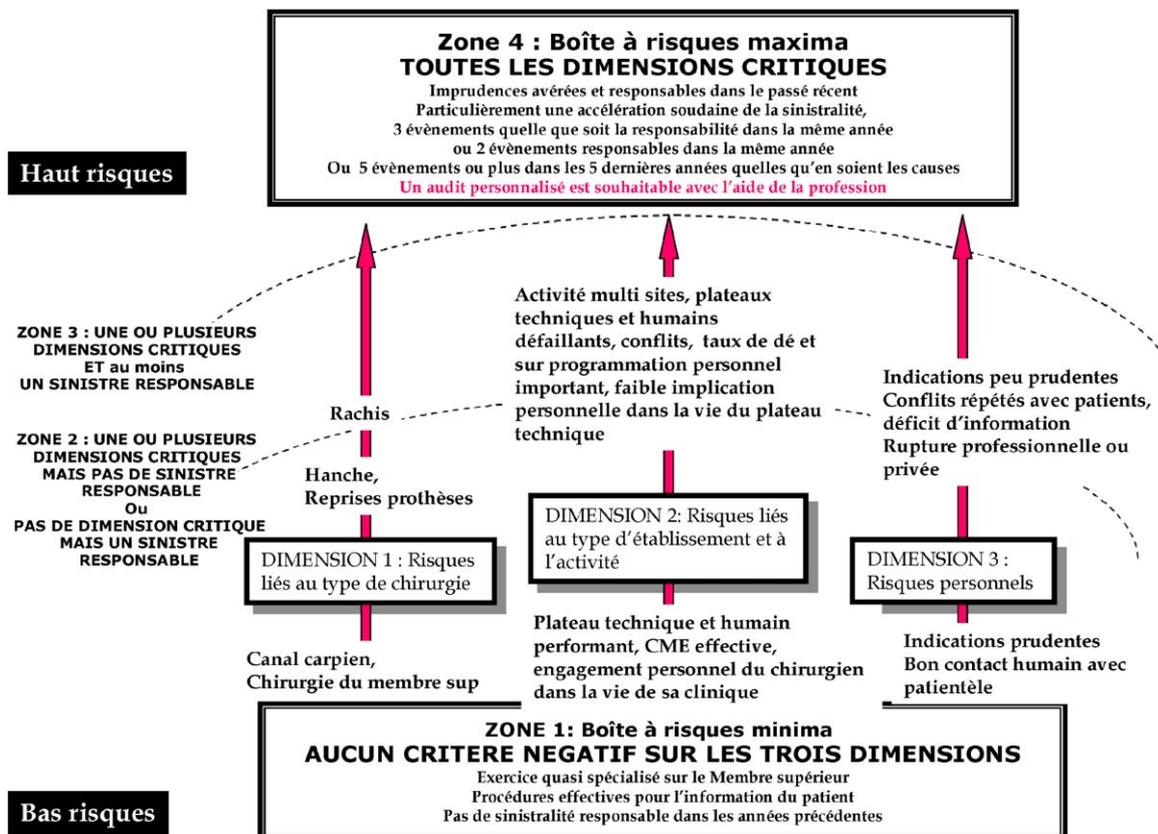


Figure 6 Trois dimensions des causes du risque en chirurgie orthopédique et traumatologique.

- les qualités humaines en matière de conflits avec le patient sont déterminantes. Au-delà de la performance technique, les chirurgiens qui délaissent l'information, ou l'aide au patient dans tous ses aspects sociaux semblent plus exposés au risque,
 - le caractère peu prudent des indications est aussi assez bien corrélé : indications chirurgicales rapides, parfois dès la première consultation, sans exposer toutes les possibilités thérapeutiques,
 - les perturbations de la vie privée et professionnelle peuvent influencer la sinistralité ;
 - les facteurs d'exercices :
 - c'est sûrement la dimension la plus difficile à objectiver : il existerait une relation entre sous-groupe multidéclaration et plateau technique défaillant (matéριο-vigilance, fréquence des corps étrangers en lien avec des équipes d'aides paramédicales peu stables, suivi erratique dans la clinique avec un suivi post opératoire peu organisé, etc.).
 - au-delà se placerait une «zone de "chirurgie à risque maîtrisé"» : concernant toute exercice multi-activité en chirurgie y compris le rachis, mais avec des éléments positifs de comportement professionnel démontrant une compétence relationnelle (peu de conflits, procédure d'information au patient bien suivie, implication personnelle dans la vie de l'établissement, stabilité de l'exercice, et pas de plaintes en responsabilité engagée pour ces motifs) ;
 - au-delà se placerait une zone d'«activités professionnelles mal maîtrisées» : plus de deux déclarations de plaintes sur la période d'analyse dont une ou plus engageant la responsabilité ; des plaintes régulières ou en salves pendant la période d'analyse, ou en bouffées, en lien avec des conflits d'information du patient, et en lien avec la plateforme d'exercice (suivi postopératoire déficient dans l'établissement) et le parcours de vie personnel ;
 - enfin une zone de très hauts risques :
 - sinistralité installée supérieure à 1 déclaration par an quelle que soit la responsabilité,
 - aggravée par un type de chirurgie exclusivement centrée sur le rachis.
- Ces éléments conduisent à avancer l'hypothèse d'une échelle de risque, dont certes on ne peut pas tout préciser avec cette base de données, mais qui pourrait prendre la forme suivante :
- une zone de très bas risques :
 - pas d'antécédents de sinistres dans les cinq dernières années,
 - chirurgie du membre supérieur quasi-exclusive ;

Dimensions de risques et compétence

La notion de compétence est souvent mise en avant par les patients et par les experts.

Mais que recouvre cette notion de compétence? À côté de l'expertise médicale, deux des trois dimensions du risque révélées par l'étude portent plutôt sur des compétences sociales mises en jeu pour réaliser le travail de façon efficace et sûre. On rejoint la distinction proposée par Dickinson et al. [13] les capacités techniques, l'éthique, la communication, la collaboration ou le travail d'équipe sont des compétences clés d'une indication chirurgicale réussie, au point de faire déjà dans certains pays l'objet d'une évaluation ciblée.

La distinction entre compétence et performance est également essentielle [14]. La compétence est ce que le chirurgien « sait faire » et la « performance » est ce qu'il fait réellement à chaque acte. La compétence n'est pas toujours mobilisée complètement et à l'identique selon le contexte, les personnes présentes, les enjeux, les conflits latents, la disponibilité intellectuelle et émotionnelle du moment: le chirurgien peut être pressé, en retard, stressé, ennuyé par d'autres patients ou problèmes personnels; bref sa performance varie sans arrêt sous l'influence de facteurs combinés individuels et systémiques [15]. Or c'est bien la « performance » du chirurgien orthopédiste qui est remise en cause lors d'événements indésirables.

Les études en chirurgie montrent que la « performance technique pure » n'est pas la cause la plus fréquente des événements indésirables et des plaintes de patients. Le seul élément qui ressort régulièrement dans la littérature sur la compétence technique reste l'indicateur d'expérience du chirurgien à travers le volume d'actes et la spécialisation de la chirurgie, encore qu'il faille le considérer avec beaucoup de précautions [16]. La mauvaise organisation du travail et des communications au bloc et avec le patient explique une part bien plus conséquente des problèmes rencontrés. Les plaintes des patients et les problèmes cliniques sont bien plus fréquents et sévères par le fait d'une complication mal gérée et mal expliquée que par le fait de la survenue de la complication elle-même [17,18]; Ghaferi et al. [19] montrent ainsi que les hôpitaux qui ont le plus de décès sur complications ne sont pas ceux qui ont le plus de complications chirurgicales, mais ceux qui les traitent les moins bien (importance de la récupération plutôt que de l'évitement). Ces domaines de compétences sont (encore) mal enseignés à l'université, mais sont de plus en plus considérés comme de véritables compétences professionnelles à acquérir: elles recouvrent le savoir communiquer et écouter (le patient, les confrères, les collaborateurs [20,21]), savoir expliquer au patient un risque en étant sûr qu'il a compris (pas simplement une routine ou un papier rituel), savoir s'impliquer dans la coopération professionnelle interspécialité [22] et dans la gestion des questions de support à l'activité dans la plate forme de soins (par exemple la chaîne de commande des matériels implantables [23] ou le respect raisonné du programme opératoire [24]), accepter de parler de ses défaillances, et savoir s'excuser auprès du patient (et parfois des autres acteurs professionnels) chaque fois que nécessaire [25–27].

Enfin, une des causes de baisse de performance de mieux en mieux investiguée dans la littérature reste la rupture brutale de l'équilibre psychologique du chirurgien par le fait d'événements personnels ou professionnels. Un savoir-faire

particulier pour ces cas difficiles commence à être disponible, et ne demande plus qu'à se mettre en place avec l'aide des confrères et un travail d'accompagnement personnalisé [28].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Les auteurs remercient Émile Sidibé pour l'extraction et traitement des données brutes, Nicolas Gombault, Thierry Farman et Thierry Rodier pour leurs précieux conseils et l'accompagnement scientifique et technique de tout le travail.

Références

- [1] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), Journal Officiel du 5 mars 2002.
- [2] Bons-Letouzey, C. Rapport du conseil médical du Sou Médical, Les risques des professions de santé en 2008, Supplément Journal responsabilité, hors série, accès web 25 février 2010 sur <http://www.prevention-medicale.org/l-association/risques-professions-de-sante-rapport-2008.html>.
- [3] Société hospitalière des assurances mutuelles (SHAM). Panorama 2005 du risque médical des établissements de santé. Lyon: SHAM; 2005 [accès Web 25 février sur www.sham.fr].
- [4] Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, Journal Officiel du 31 décembre 2002.
- [5] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et notamment son article 16. Journal Officiel du 17 août 2004.
- [6] Décision du 11 juillet 2006 relative aux modalités de mise en œuvre de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales, Journal Officiel du 17 octobre 2006.
- [7] Charrois O, Papin P, Caton J, Galland O, Bollini G, Nordin JY. Gestion des risques et accréditation des chirurgiens orthopédistes et traumatologues. *Rev Chir Orthop* 2007;93:750–3.
- [8] Wong DA, Herndon JH, Canale ST, Brooks RL, Hunt TR, Epps HR, et al. Medical errors in orthopaedics. Results of an AAOS member survey. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91:547–57.
- [9] Pukk-Härenstam K, Ask J, Brommels M, Thor J, Penalzoza R, Gaffney F. Analyse of 23 364 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame-free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. *Qual Saf Health Care* 2008;17:259–63.
- [10] Oregon: complication of orthopaedic surgery, www.ofcoregon.com/.
- [11] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 15 Journal Officiel du 17 août 2004.
- [12] Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 art. 22 I, Journal Officiel du 1er février 2007.
- [13] Dickinson I, Watters D, Graham I, Montgomery P, Collins J. Guide to the assessment of competence and performance in practising surgeons. *ANZ Surg* 2009;79:198–204.
- [14] Woods D, Roth E. Aiding human performance: from cognitive analysis to support systems. *Le travail humain* 1988;51(2):139–59.
- [15] Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, et al. The relationship between competence and

- performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ* 2002;36:901–9.
- [16] Hagen T, Vaughan-Sarrazin M, Cram P. Relation between hospital orthopaedic specialisation and outcomes in patients aged 65 and older: retrospective analysis of US Medicare data. *BMJ* 2010;340:c165.
- [17] Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives. *Lancet* 1994;343(8913):1609–13.
- [18] Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *CMAJ* 2006;175:889–94.
- [19] Ghafari A, Birkmeyer J, Dimick J. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med* 2009;361:1368–75.
- [20] ElbArdissi A, Regendoden S, Greenberg C, et al. Communication practice on 4 Harvard Surgical services. *Ann Surg* 2009;250(6):861–5.
- [21] Velmahos G. Patient safety systems: a long way to go. *Arch Surg* 2009;144:1034.
- [22] Clarke J, Johnston J, Finley E. Getting surgery right. *Ann Surg* 2007;246:395–405.
- [23] Fakler J, Robinson Y, Heyde C, John T. Errors in handling and manufacturing of orthopaedic implants: the tip of the iceberg of an unrecognized system problem? *Patient Saf Surg* 2007;1:5.
- [24] Schofield WN, Rubin GL, Piza MR, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside M, et al. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *MJA* 2005;182:612–5.
- [25] Gallagher T, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Eng J Med* 2007;356:2713–9.
- [26] Lazare A. Apology in medical practice. *JAMA* 2006;296(11):1401–4.
- [27] Nebel EJ. Malpractice: love with Patient. *Clin Orthop* 2003;(407):19–24.
- [28] Nelson W, Beyea S. The role of ethical culture for the prevention and recovery of 'second victims'. *Qual Saf Healthcare* 2009;18:323–4.