

BRANCHET

L'ASSURANCE DES MÉDECINS

GROUPE VERSPIEREN

CARTOGRAPHIE DES RISQUES OPÉRATOIRES

ÉDITION 2023



SAS François Branchet, société par actions simplifiées, capital social de 500 000 €
35 avenue du Granier 38240 MEYLAN - RCS de Grenoble B 443 093 364
Entreprise sous contrôle de l'ACPR (www.acpr.banque-france.fr) et immatriculée au
registre de l'ORIAS sous le numéro 07 029 059 (www.orias.fr)

CARTOGRAPHIE DES RISQUES OPÉRATOIRES

ÉDITION 2023

Sommaire

ÉDITO Baisse des réclamations, mais augmentation de la gravité des mises en cause p.3

PARTIE 1 Panorama commenté de l'évolution de la sinistralité p.9

1.1	La fréquence de la sinistralité diminue, la gravité des mises en cause augmente	p.9
1.2	Sinistralité commentée par spécialité.....	p.14
	Anesthésie Réanimation	p.14
	Chirurgie bariatrique	p.17
	Chirurgie viscérale.....	p.22
	Chirurgie orthopédique, chirurgie du rachis et neurochirurgie.....	p.24
	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL.....	p.27
	Chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique	p.33
	Médecine et chirurgie gynécologique	p.37
	Gynécologie-obstétrique	p.39
	Chirurgie urologique	p.40
1.3	Indemnisations - Poursuite de la tendance haussière	p.43
1.4	L'analyse de la sinistralité et nos propositions d'accompagnement personnalisés : comprendre pour agir.....	p.45

PARTIE 2 Nouvelles pratiques d'exercice médical, nouveaux risques p.47

2.1	Centre Cœur et Santé.....	p.48
2.2	Institut MICI.....	p.48
2.3	L'intérêt d'un second avis médical	p.49

PARTIE 3 Nouvelles technologies, nouveaux risques p.51

3.1	Intelligence Artificielle : essor, nouveaux risques et applications récentes	p.51
3.2	Le développement des boîtes noires	p.53
3.3	Le risque cyber en informatique : chiffres clés et conduite à tenir en cas d'attaque	p.55

PARTIE 4 La nécessité de prendre en compte le facteur humain p.59

4.1	Point sur le burn-out des médecins	p.60
4.2	L'impact du facteur humain sur la prévention des erreurs médicales	p.61
4.3	Prévoyance et notion d'invalidité	p.65
4.4	Une assistance renforcée pour limiter les accidents médicaux	p.66
	L'assistance 24/7 en infectiologie et médico-légal	p.66
	Le consentement éclairé électronique « Je consens »	p.67
	L'accompagnement juridique spécialisé pour limiter les contentieux évitables et privilégier les résolutions à l'amiable	p.68
4.5	Des formations étendues aux professionnels de santé.....	p.68
	Les compétences relationnelles au cœur des nouvelles propositions de formation de Branchet Solutions pour tous les professionnels de santé	p.68
	Branchet Solutions et son pôle « Clinics »	p.69

**PARTIE 5 Les jeunes praticiens, un enjeu de formation et d'accompagnement
aux nouveaux modes d'exercices pour Branchet p.71**



**BRANCHET DOIT DONC CONTINUER
À ACCOMPAGNER LES PRATICIENS
DANS LA DIMINUTION DE FRÉQUENCE
ET DE GRAVITÉ DES MISES EN CAUSE
POUR CONTENIR LES PRIMES SOUS
L'INFLATION JUDICIAIRE.**

ÉDITO

Baisse des réclamations, mais augmentation de la gravité des mises en cause

Moins de réclamations mais des coûts de sinistres qui s'envolent : pas de fatalité !

À la parution de la dernière cartographie, une question des raisons de la décreue du nombre de réclamations par praticien se posait : est-ce la baisse d'activité du Covid qui en est à l'origine ?

La réponse, deux ans après, est clairement non. Avec une réclamation tous les 4 ans aujourd'hui contre une tous les 3 ans en 2018, l'assureur que nous sommes remercions les efforts de tous les acteurs de santé. L'évolution des pratiques vers un exercice de groupe pluridisciplinaire et hyper spécialisé, la solidarité et l'assistance, la formation et les outils numériques : nul doute que cette décreue est multifactorielle. Il faut donc continuer à exercer les bons leviers pour que cette courbe ne s'infléchisse pas, en rassemblant praticiens, professionnels et établissements de santé dans des initiatives communes de prévention des risques.

Un sinistre tous les quatre ans contre un tous les trois ans, c'est exactement un quart de mieux. **Mais ces efforts sont contrariés par l'augmentation du coût des gros sinistres d'une part, et par les réclamations survenues après résiliation des contrats pour retraite ou changement d'activité** (pendant la période de garantie subséquente).

Les réclamations estimées à plus d'un million d'euros augmentent sur la même période exactement de... 33%. Elles représentent 40% du total. Alignées sur une inflation à 5% ? On pourrait le croire, si ce n'est que leur coût ne dépend pas des produits et services qui ont tiré l'inflation vers le haut, mais bien de celui des soins. L'impact de la revalorisation des barèmes de la Gazette du Palais semble confirmer cette augmentation, avec une revalorisation du même ordre. Branchet doit donc continuer à accompagner les praticiens dans la diminution de fréquence et de gravité des mises en cause pour contenir les primes sous l'inflation judiciaire.

Les sinistres survenus après un changement d'activité ou une retraite accroissent le coût de réclamations. Ils concernent 11% des provisions. Un praticien a 33% de risques d'avoir une réclamation dans les 10 ans qui suivent son changement d'activité, que ce soit pour la réduire, exercer avec moins de risques ou tout simplement prendre sa retraite. Et la réclamation à la suite d'un changement d'activité ou d'une retraite bien méritée coûte en moyenne 70% plus cher que lorsque le praticien reste en pleine activité. S'il fallait une démonstration que le praticien doit être accompagné dans la gestion de ses risques tout au long de sa vie professionnelle, elle est faite.

ÉTAT DES LIEUX
EN FRANCE

PAR PHILIPPE AUZIMOUR
Directeur Général de
Branchet (Meylan)



Avec une réclamation tous les 4 ans aujourd'hui contre une tous les 3 ans en 2018, l'assureur que nous sommes remercions les efforts de tous les acteurs de santé.

Une nouveauté cependant : les compétences non techniques sont aussi importantes pour cela que les compétences techniques. Après l'accréditation en équipe, les autorités compétentes ne s'y sont pas trompées, en insistant sur ce point dans la certification périodique des praticiens. Branchet aidera les praticiens et les acteurs de santé qui le souhaitent à les développer, afin de continuer d'améliorer les risques tant pour la santé de leurs patients que pour la leur.

Lorsque praticiens, soignants, établissements unissent leurs efforts dans une prise en charge plus holistique et intégrée du patient, les résultats sont impressionnants. Nous l'avons remarqué dans les éditions précédentes et les chiffres parlent d'eux mêmes : les centres de référence spécialisés par pathologie, parfois labellisés, hébergeant un exercice de groupe

pluridisciplinaire, génèrent une qualité des soins bien supérieure avec un risque pré, per et post opératoire souvent plus de moitié inférieure. La tarification de ces risques doit s'en ressentir, et l'accompagnement doit être étendu à tous ceux qui se regroupent dans ces entreprises médicales.

Les nouvelles technologies, que l'on parle d'e-santé, d'intelligence artificielle, de boîtes noires arrivent avec une vitesse inégalée dans les blocs opératoires, chez les fabricants d'implants médicaux et bien sûr chez les patients. Ils amènent avec eux de nouveaux risques difficiles à évaluer. Pour cela, la comparaison avec les Etats-Unis sera à nouveau précieuse pour les comprendre et les anticiper.

Bonne lecture,



PAR DR GRAHAM BILLINGHAM
Directeur médical
de MedPro (Etats-Unis)

Un constat similaire aux Etats-Unis avec une diminution du nombre de réclamations, mais une indemnité moyenne en hausse constante.



**de +2
à +4 %**
au cours des
10 dernières
années, le coût de
celles-ci continue
d'augmenter cette
année de 2 à 4 %
pour les médecins
et les hôpitaux aux
Etats-Unis

Nous observons que la faute professionnelle en médecine est récurrente, de ce fait prévisible, et donc, évitable. Bien que soit constatée une diminution de la fréquence des réclamations au cours des 10 dernières années, le coût de celles-ci continue d'augmenter cette année de 2 à 4 % pour les médecins et les hôpitaux aux Etats-Unis. Cette hausse est due à des indemnités très lourdes accordées à la suite de décisions que nous appelons des «verdicts nucléaires» avec des sanctions supérieures à 10 millions de dollars. Ces décisions prononcées par un grand jury ont été motivées par l'inflation sociale et économique. Nous savons que le moyen le plus efficace de contenir ces réclamations est de les anticiper. Nous avons apporté des améliorations importantes à la formation des équipes en communication, à l'amélioration des compétences non techniques, aux ressources documen-

taires, au consentement éclairé et aux procédures d'installation du patient par exemple, mais nous devons continuer à nous concentrer sur l'amélioration des résultats en matière de sécurité des patients et sur la réduction des risques pour les médecins en prévenant les réclamations avant qu'elles ne surviennent. Les compétences non techniques sont aussi importantes pour cela que les compétences techniques.

Cette tendance peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de « décisions chocs », avec des indemnités supérieures à 10 millions \$. Comme le montrent les deux graphiques (cf. figures b et c p. 7), nous remarquons une corrélation entre l'augmentation du nombre de décisions prononçant des indemnités supérieures à 25 millions \$ et la hausse de l'inflation économique et sociale. Ce contexte a pu influencer sur ces décisions.

Le moyen le plus efficace de voir diminuer le nombre de réclamations reste de les anticiper en renforçant la prévention des erreurs médicales.

Nous avons concentré nos efforts et apporté des améliorations importantes dans plusieurs domaines, parmi lesquels :

- La formation des équipes en communication
- Les compétences non techniques
- Les ressources documentaires
- Le consentement éclairé

Suivre le rythme de l'évolution des soins de santé

Le monde de la santé est en constante transformation. Depuis la pandémie, la cinétique de ce changement ainsi que ses répercussions ont pris une ampleur bien plus importante. Alors que nous tournons la page sur la COVID, ses effets continuent de se manifester : épuisement professionnel, pénuries de main-d'œuvre, problèmes de chaîne d'approvisionnement, élargissement des champs de compétences et de changements de modèles de prestation de soins, etc. Ces transformations, combinées à l'accélération des avancées technologiques, influent indubitablement sur les professionnels de santé et créent un climat d'incertitude pour les médecins, les infirmier(e)s, les patients et les organisations de santé. Les nouvelles avancées technologiques (intelligence artificielle, technologies portatives, génomique, boîtes noires en salle d'opération, etc.) sont synonymes d'innovation et apportent plusieurs motifs d'espoir quant à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins. Il est cependant nécessaire de tempérer cet enthousiasme : outre les risques liés au manque d'expérience et à l'apprentissage, nous manquons souvent de recul par rapport aux innovations et il est difficile de définir clairement leurs impacts sur la pratique quotidienne, sans réglementation encore clairement établie.

Notre rôle est d'anticiper ces défis afin d'identifier et d'atténuer les éventuels risques le plus tôt possible.

De nombreux articles traitent de l'Intelligence Artificielle en santé, dans lesquels elle est souvent qualifiée de "prometteuse", ce qui veut dire qu'elle a du potentiel, mais qu'elle n'a pas encore totalement fait ses preuves. En comparaison avec d'autres industries, la santé doit manipuler le risque et l'incertitude avec une précaution particulière. Si l'on fait le parallèle avec l'aviation, monteriez-vous dans un avion avec un pilote relativement inexpérimenté et prometteur ?



**NOTRE RÔLE EST D'ANTICIPER
CES DÉFIS AFIN D'IDENTIFIER
ET D'ATTÉNUER LES ÉVENTUELS
RISQUES LE PLUS TÔT POSSIBLE.**



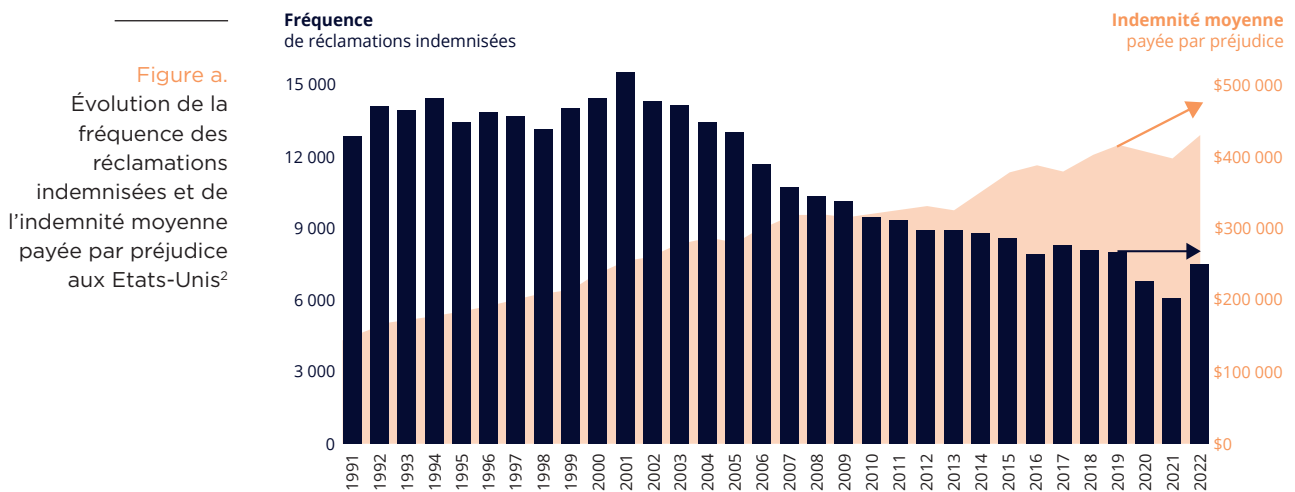
Bien que l'intégration de l'IA dans la pratique quotidienne (boîtes noires en salle d'opération, chatbot comme ChatGPT, etc.) présente des avantages (récolte de données, amélioration du diagnostic, etc.), de nombreuses incertitudes persistent :

- L'IA aura-t-elle une implication dans des décisions morales et éthiques ? Quelle sera sa responsabilité ?
- L'IA perpétuera-t-elle ou éliminera-t-elle les biais ?
- Comment l'IA affectera-t-elle des questions telles que le consentement éclairé, la sécurité des patients et la défense contre les fautes professionnelles ?
- Les organisations et prestataires de soins de santé pourront-ils faire l'objet de poursuites judiciaires pour avoir utilisé l'IA ? Pour ne pas avoir utilisé l'IA ?
- Quel rôle l'IA jouera-t-elle dans l'équipe soignante ?

La question du remplacement des médecins par l'IA est très fréquemment abordée dans les articles scientifiques, en particulier pour des spécialités comme

la radiologie, la dermatologie. Une étude récente dans JAMA Internal Medicine a révélé que ChatGPT faisait mieux que les médecins dans la communication des réponses aux questions des patients en ligne¹. De nombreux experts en santé et en technologie reconnaissent qu'un remplacement complet des professionnels de santé par la technologie ou l'IA ne serait pas judicieux. Au contraire, il est beaucoup plus probable que la technologie soit utilisée comme un complément à la prise de décision médicale et comme un outil pour automatiser et réduire les charges administratives et techniques par exemple.

Alors que la communauté médicale embrasse cette révolution technologique, il est nécessaire de garder un esprit d'anticipation des éventuelles erreurs médicales et des effets indésirables avant qu'ils ne surviennent afin de réduire les risques pour les médecins, de prévenir les allégations pour faute professionnelle et, surtout, d'améliorer la sécurité des patients et les résultats.



1. Ayers, JW, Poliak, A., Dredze, M., Leas, EC, Zhu, Z., Kelley, JB, . . . Smith, DM (2023). Comparaison des réponses des médecins et des chatbots d'intelligence artificielle aux questions des patients publiées sur un forum public de médias sociaux. JAMA médecine interne, e231838. Publication en ligne anticipée. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1838>

2. National Practitioner Data Bank Public Use Data File, December 2022, Physicians & Surgeons Countrywide

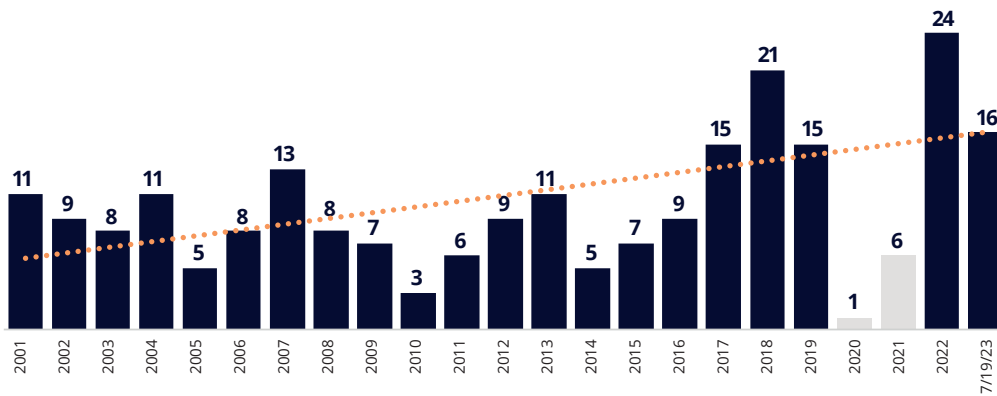


Figure b. Évolution du nombre de décisions pour lesquelles l'indemnité est supérieure à 25 millions de dollars aux Etats-Unis³

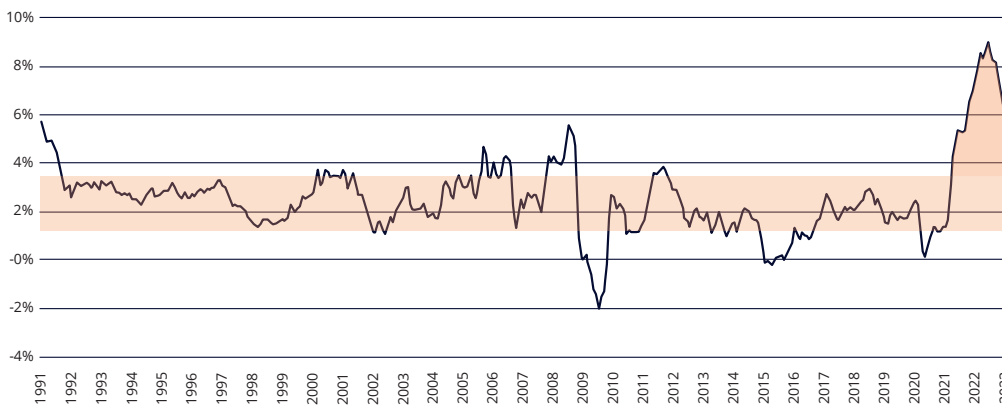


Figure c. Evolution du taux d'inflation aux Etats-Unis⁴

30-yr CPI Range (1991-2020)
Annual Inflation Rate

3. Trans Re and various internet articles with publication dates between 1/1/2016 and 7/19/2023
4. US Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Index for All Urban Consumers (CPI-U) <https://data.bls.gov/timeseries/CUUR0000SA0>

BRANCHET, EXPERT EN ASSURANCE DES MÉDECINS ET SES PARTENAIRES

Nos assureurs

Pour la Responsabilité Civile Professionnelle

BHEI
Le thème est porté par une compagnie d'assurance de renom international : Berkshire Hathaway European Insurance DAC (BHEI), société d'assurance appartenant au groupe Berkshire Hathaway, présentant la même solide financière que Berkshire Hathaway International Insurance Limited (BHIL) classée par un rating AA+ Standard & Poor's en 2019.

MEDPRO
BHEI fait partie du même Groupe que MedPro : leader américain de l'assurance des médecins du bloc opératoire depuis plus de 18 ans, qui assure aujourd'hui plus de 200 000 praticiens aux Etats-Unis.

Pour la Protection Juridique

CFDP ASSURANCES
Nous travaillons en collaboration avec CFDP Assurances : une compagnie d'assurance spécialisée en Protection Juridique. Acteur indépendant de tout groupe d'assurances, cette compagnie offre une relation de « Haute Proximité Juridique » avec les assurés.



Pour en savoir plus sur notre partenaire MedPro

<https://www.branchet.fr/a-propos/nos-partenaires/>





PARTIE 1

Panorama commenté de l'évolution de la sinistralité du bloc opératoire

1.1 La fréquence de la sinistralité diminue, la gravité des mises en cause augmente

PAR DR OLIVIER LEROY
Directeur Médical
de Branchet (Lille)

L'évolution de la sinistralité diffère selon les activités médico-chirurgicales :

- Elle est faible voire stable en gynécologie-obstétrique et en anesthésie-réanimation. La fréquence des mises en cause en Gynécologie Obstétrique est d'une fois tous les 3 ans et 7 mois. En Anesthésie Réanimation, les mises en cause surviennent tous les 6 ans et 3 mois (cf. figure 4 p.11).
- Elle décroît significativement dans toutes les spécialités chirurgicales. Elle y est toutefois beaucoup plus élevée que dans les spécialités citées dans le point précédent. Une mise en cause est observée tous les 2 ans et 3 mois en chirurgie orthopédique, tous les 2 ans et 10 mois en bariatrie, tous les 3 ans et 1 mois en chirurgie plastique et reconstructrice et tous les 3 ans et 5 mois en chirurgie viscérale (cf. figure 3 p.11).

Parmi les facteurs associés aux mises en cause, deux d'entre eux méritent notre attention :

- L'antibioprophylaxie, qui est conforme aux recommandations dans plus de 85% des dossiers analysés. Cette donnée est stable au fil du temps, ce qui peut être considéré comme remarquable au regard de l'évolution des recommandations depuis quelques années (cf. figure 5 p.12).
- L'information fournie au patient et la qualité de cette dernière : on observe au fil des années une nette amélioration puisqu'actuellement un document de consentement et de reconnaissance de la délivrance de l'information, dûment signé, est présent dans 75% des cas. Pour mémoire, ce chiffre était de 55% il y a 10 ans (cf. figure 7 p.13).

Ces résultats nous confortent dans l'idée qu'il faut poursuivre les actions de formations telles que toutes celles mises en place avec le soutien d'ASSPRO et de BRANCHET SOLUTIONS. Aux traditionnelles journées ARRES et ASSPRO de chirurgie, se sont ainsi ajoutées des formations au sein des établissements via le Truck ou en distanciel via BRANCHET TV ou les e-learning.

1. PANORAMA COMMENTÉ DE L'ÉVOLUTION DE LA SINISTRALITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE

Le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins dispensés expliquent une part importante des bons résultats observés lors d'une mise en cause. Dans plus de 2/3 des cas, la prise en charge de l'assuré est jugée conforme aux règles de l'art et ce dernier est mis hors de cause.

d'assistance sont ouverts aux assurés : le H24 infectiologie et les conseils infectiologiques écrits (par mail) qui permettent, entre autres, une meilleure traçabilité des faits.

Enfin, il faut admettre que certains points demeurent bien évidemment perfectibles. C'est le cas notamment des prises en charge des complications infectieuses péri opératoires (cf. figure 6 p.12). Celles-ci se sont améliorées depuis 10 ans mais restent peu adéquates dans 30% des cas. C'est la raison pour laquelle deux services

Figure 1.
Fréquence pluriannuelle (5 ans) des mises en cause toutes spécialités du bloc opératoire confondues

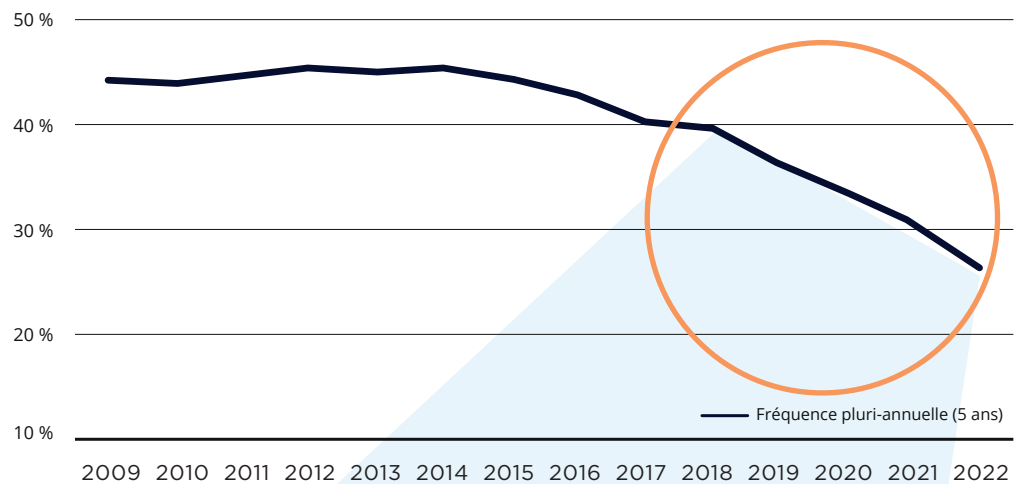
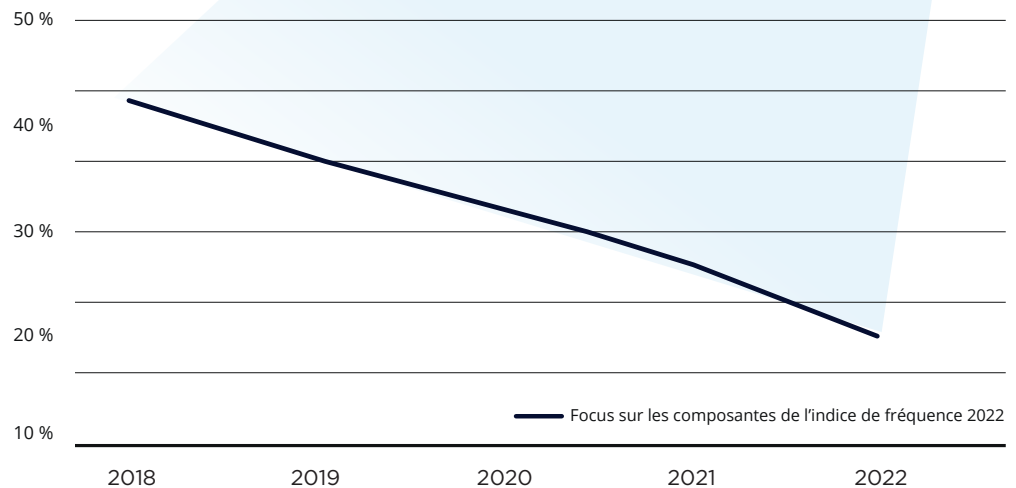


Figure 2.
Evolution de la fréquence des mises en cause toutes spécialités du bloc opératoire confondues (focus années 2018-2022)



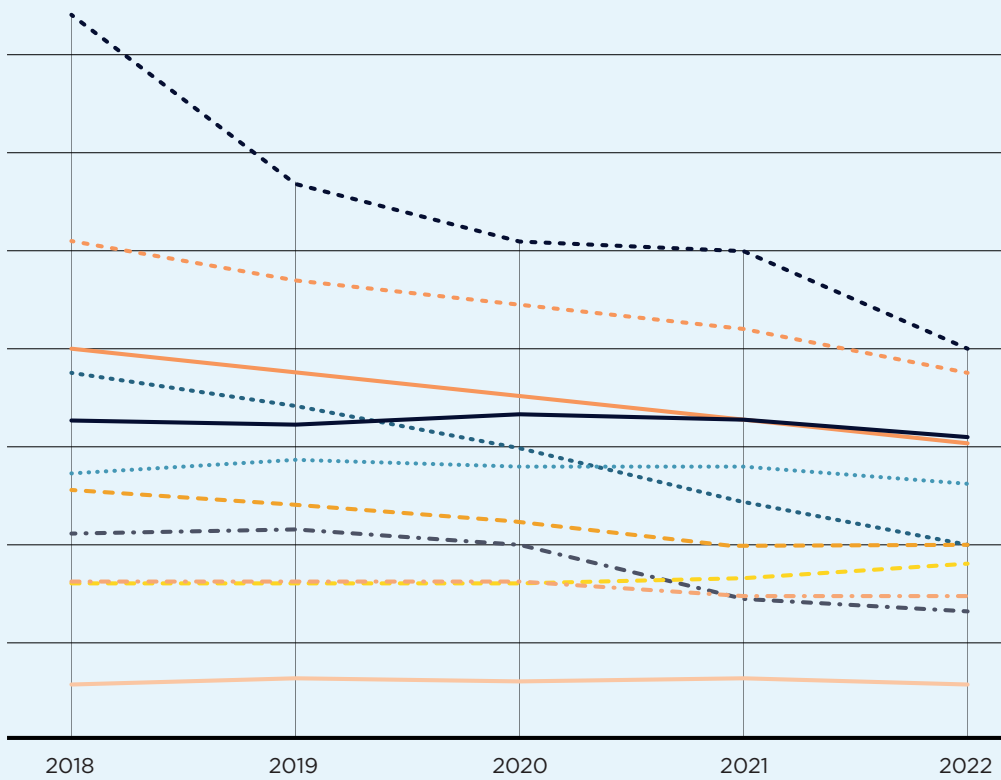


Figure 3.
Évolution de la fréquence de mise en cause selon les spécialités

- Neurochirurgie et chirurgie du rachis (une mise en cause tous les 1 an et 10 mois en moyenne)
- Chirurgie orthopédique (une mise en cause tous les 2 ans et 3 mois en moyenne)
- Chirurgie bariatrique (une mise en cause tous les 2 ans et 10 mois en moyenne)
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL (une mise en cause tous les 3 ans et 1 mois en moyenne)
- Gynécologie-Obstétrique (une mise en cause tous les 3 ans et 7 mois en moyenne)
- Chirurgie viscérale (une mise en cause tous les 3 ans et 5 mois en moyenne)
- Chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique (une mise en cause tous les 4 ans et 5 mois en moyenne)
- Chirurgie gynécologique (une mise en cause tous les 6 ans en moyenne)
- Chirurgie urologique (une mise en cause tous les 5 ans et 6 mois en moyenne)
- Anesthésie-Réanimation (une mise en cause tous les 6 ans et 3 mois en moyenne)
- Médecine gynécologique (une mise en cause tous les 16 ans et 3 mois en moyenne)

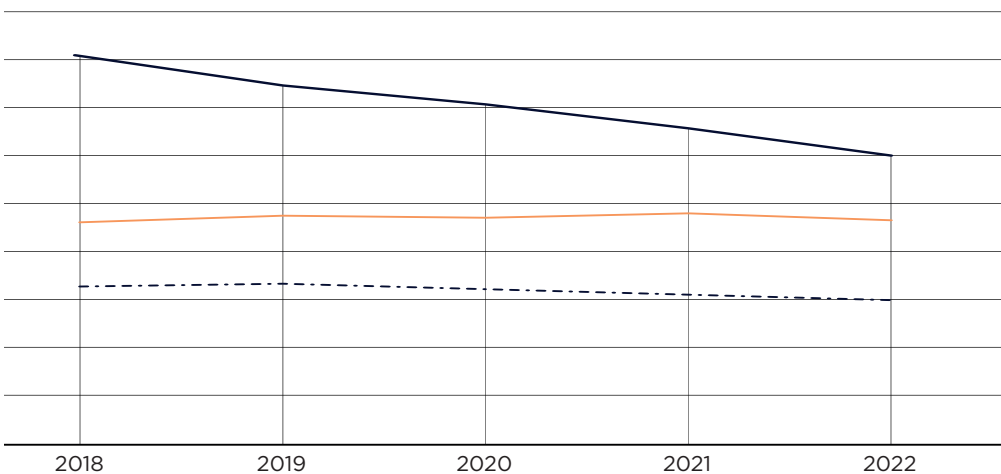


Figure 4.
Évolution de la fréquence de mise en cause selon les spécialités (focus chirurgie, Gynécologie-Obstétrique, Anesthésie-Réanimation)

- Chirurgie (une mise en cause tous les 2 ans et 10 mois en moyenne)
- Gynécologie-Obstétrique (chirurgie et obstétrique) (une mise en cause tous les 4 ans et 3 mois en moyenne)
- Anesthésie-Réanimation (une mise en cause tous les 6 ans et 3 mois en moyenne)

Figure 5.
Evolution de la répartition des mises en cause par spécialité dont l'antibioprophylaxie est jugée satisfaisante

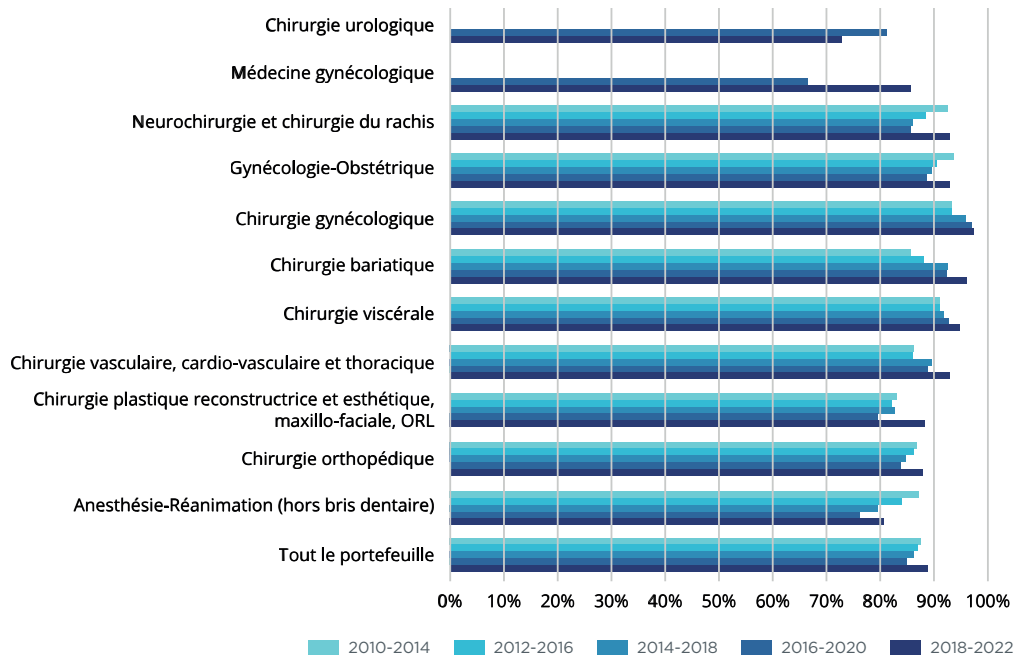
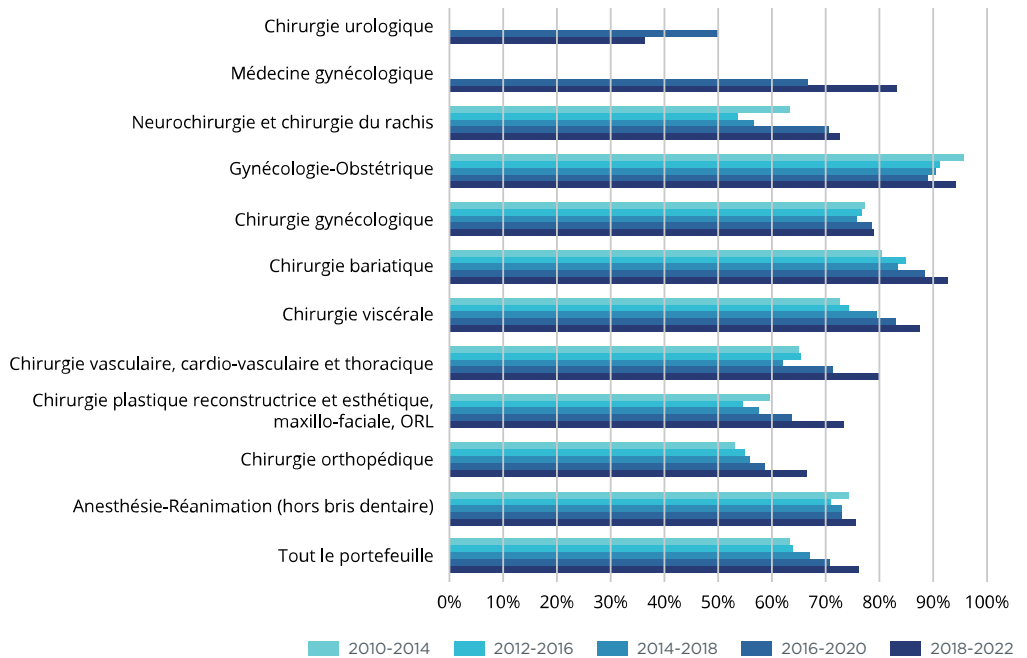


Figure 6.
Evolution de la répartition des mises en cause par spécialité dont la prise en charge infectiologique est jugée satisfaisante



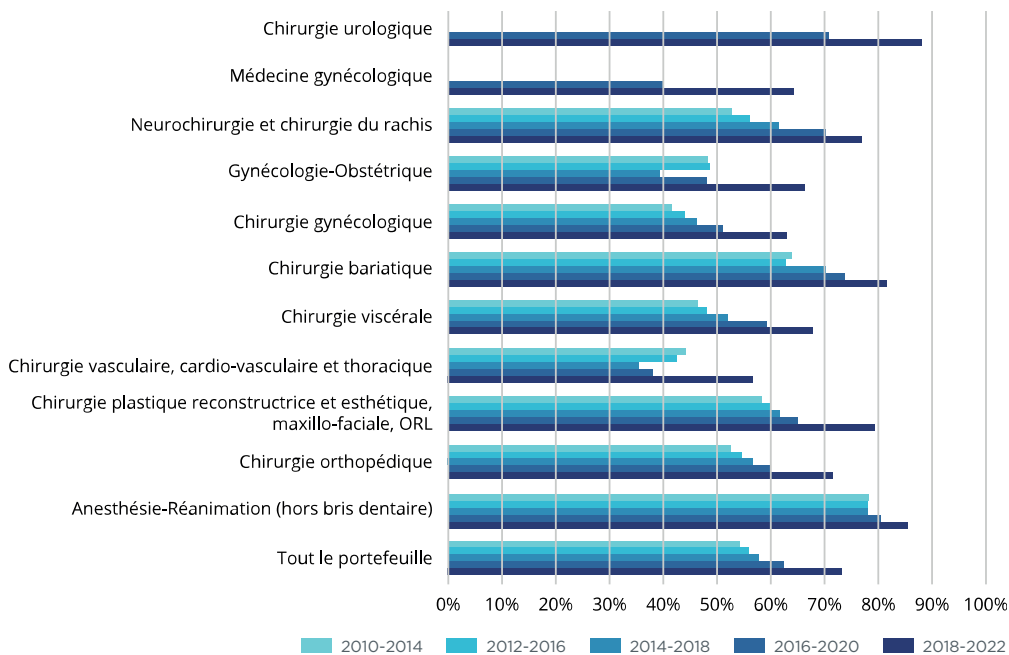


Figure 7. Evolution de la répartition des mises en cause par spécialité dont l'information a été délivrée au patient de manière satisfaisante



LE MAINTIEN OU L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DISPENSÉS EXPLIQUENT UNE PART IMPORTANTE DES BONS RÉSULTATS OBSERVÉS LORS D'UNE MISE EN CAUSE



ANESTHÉSIE RÉANIMATION

PR HERVÉ BOUAZIZ
Directeur du pôle anesthésie-
réanimation de Branchet (Nancy)

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Sur les gros sinistres attribuables à l'anesthésie-réanimation, on retrouve :

- Des erreurs médicamenteuses (sur-dosage et erreur médicamenteuse),
- Un retard au diagnostic et donc à la prise en charge
- Une injection au mauvais endroit avec une gestion de la conséquence perfectible
- Une hypotension peropératoire prolongée dont le lien certain et direct avec le dommage n'est pas évident.

Il est donc nécessaire de maintenir la vigilance sur les erreurs médicamenteuses au sens large en s'appropriant les préconisations publiées par notre Société Savante sur son site⁵. Un kit pédagogique est proposé avec une « check-list », un tutoriel vidéo et un diaporama. Des scénarii de simulation élaborés en collaboration avec la SOFRASIMS seront bientôt disponibles.

L'hypotension ne doit pas être tolérée et tous les moyens doivent être mis en œuvre pour la détecter précocement et la gérer de façon rapide et efficace. Enfin, le retard au diagnostic doit rester une préoccupation majeure, même si dans le cas du sinistre concerné par ce retard, le tableau était trompeur.



**L'ÉLÉVATION DES INDEMNISATIONS
EST MULTIFACTORIELLE, MAIS NOUS
DEVONS, EN TANT QU'ANESTHÉSISTES-
RÉANIMATEURS, PRENDRE NOTRE
PART DANS CETTE DÉRIVE POUR
TENTER DE L'ENRAYER.**

La baisse de la fréquence des sinistres est générale mais elle est plus marquée dans les spécialités chirurgicales, ce qui n'est pas surprenant puisque l'anesthésie était depuis de nombreuses années la spécialité qui avait la fréquence la plus basse.

L'antibioprophylaxie, fréquemment administrée par l'anesthésiste-réanimateur, après 3 périodes consécutives au cours desquelles la conformité ne cessait de se dégrader, s'améliore enfin sur les 5 dernières années. Les actions de prévention, nombreuses dans ce domaine sont sans nulle doute une des raisons de cette embellie. Là encore, continuons à tracer l'antibioprophylaxie en respectant les recommandations publiées sur le sujet. La règle des 5B : administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, résume les éléments clés de cette prévention du risque infectieux.

La prise en charge infectieuse est stable depuis les années 2012. Rappelons la nécessité d'avoir un référent dans le domaine et l'assistance en infectiologie de Branchet SOLUTIONS avec le pack infectieux et une hot line disponible 24h/24 en cas de besoin.

La gestion des anticoagulants (AAP, AOD, HBPM et AVK) doit être également l'objet d'une attention particulière de notre part, c'est pourquoi nous avons conçu des programmes de prévention du risque dans nos journées ARRES, dans lesquelles cette thématique est régulièrement abordée. Les anesthésistes étant confrontés le plus souvent à la gestion des anticoagulants dans le périopératoire, nous constatons des

5. SFAR - Préconisations - prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie réanimation 2016 - <https://sfar.org/preconisations-2016-prevention-des-erreurs-medicamenteuses-en-a-r/>

plaintes de patients pour des dommages avec des conséquences non négligeables tant sur le plan humain que financier. La gestion d'une Anesthésie Loco Régionale (ALR) chez un patient prenant des anti-coagulants justifie une discussion avec le patient et éventuellement avec d'autres spécialistes qui débouchera sur une conduite de l'anesthésie conforme aux intérêts du patient du point de vue de la gestion des risques (indication formelle de l'ALR, d'autant qu'elle intéresse le névraxe ou qu'elle intéresse des structures situées en profondeur et gestion des anti-coagulants conforme aux recommandations de la SFAR et du GIHP).

Comme dans toutes les autres spécialités, le consentement éclairé et l'information du patient, sont de plus en plus conformes à ce qu'on est en droit d'attendre. Là encore les messages réitérés et bientôt une plus grande facilité pour remplir cette obligation (consentement électronique) sont de nature à encore améliorer ces résultats.

La bonne tenue du dossier dans lequel nos actions sont tracées est nécessaire et indispensable pour qui veut bénéficier d'une défense de qualité. Notre spécialité doit encore fournir des efforts dans ce domaine car sur cet item nous sommes plutôt en dessous de la moyenne par rapport aux autres. L'informatisation est un progrès indiscutable mais qui peut poser d'autres problèmes que nous évoquerons le moment venu.

L'élévation des indemnités est multifactorielle, mais nous devons, en tant qu'anesthésistes-réanimateurs, prendre notre part dans cette dérive pour tenter de l'enrayer. Notre spécialité a toujours été précurseuse dans la prévention du risque et doit pouvoir se mobiliser de nouveau.

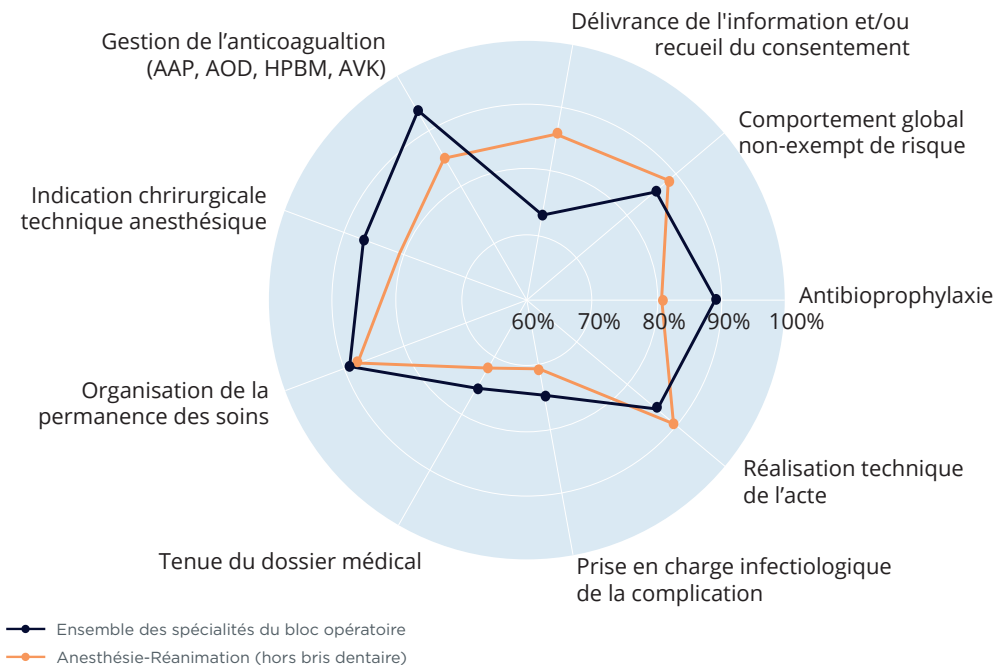


Figure 8. Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre l'anesthésie réanimation et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)

FOCUS

Les douleurs chroniques

PR HERVÉ BOUAZIZ

Directeur du pôle anesthésie-réanimation de Branchet (Nancy)

La douleur chronique est un véritable problème de santé publique en France. Trop de patients douloureux chroniques ne reçoivent pas un traitement approprié. Les anesthésistes réanimateurs sont souvent impliqués dans les consultations de douleur chronique en France. Leur formation initiale, complétée par une FST (formation spécialisée transversale) ou une capacité douleur, leur donne toute légitimité pour prendre en charge les patients douloureux chroniques.

Cette activité a été suivie de longue date par l'analyse des dossiers clos de plaintes de patients aux USA. Les plaintes en rapport avec les injections cervicales, la gestion des médicaments ou la mise en place, le maintien ou le retrait de dispositifs implantables, ont vu leur fréquence augmenter décennie après décennie entre les années 1980 et 2000. Un des problèmes mis en évidence a été le délai avant que le dommage ne se révèle. L'augmentation de fréquence des plaintes s'est accompagnée d'une augmentation des dédommagements. Les dommages peuvent être graves lorsqu'ils sont par exemple consécutifs à l'injection de corticoïdes autour du névraxe (paraplégie, quadriplégie ou infection). Le guidage radiologique est utile pour réduire la survenue de ces complications. Il en est de même pour la solution injectée qui ne doit contenir que des corticoïdes sans ajout d'opiacés ou de doses importantes d'anesthésiques locaux.

Les plaintes, en rapport avec l'utilisation d'opiacés dans le cadre des douleurs chroniques, augmentent, qu'il s'agisse d'une mauvaise réponse des patients à leur traitement ou d'une gestion inappropriée de ces traitements par les praticiens. Aux USA, l'augmentation des plaintes est probablement en rapport avec une prescription d'opiacés dans le cadre de la douleur chronique. Des campagnes d'information des prescripteurs sur les modalités de surveillance des opiacés ont été menées.

La mise en place, le maintien et le retrait des dispositifs médicaux sont également identifiés comme étant pourvoyeurs de dommages pour les patients. Il a été clairement montré que c'est la période pendant laquelle le dispositif est utilisé qui est la plus à risque. En effet, les complications les plus graves sont en rapport avec la manipulation des pompes ou bien encore la formation tardive de granulomes qui vont comprimer les structures nerveuses.

Une surveillance rigoureuse, des protocoles écrits permettant de préciser comment recharger les dispositifs qui contiennent les médicaments, la connaissance des complications même rares et parfois décalées dans le temps et une prise en charge appropriée par des médecins formés permettront de réduire la sinistralité en rapport avec cette prise en charge bien utile aux patients douloureux chroniques. L'information des patients, la traçabilité des actions menées et un travail en équipe guidé par un sens développé d'un professionnalisme sans faille complèteront utilement ces mesures de prévention du risque.

CHIRURGIE BARIATRIQUE

PR DIDIER MUTTER

Directeur du pôle de chirurgie viscérale et digestive de Branchet (Strasbourg)

La baisse de la sinistralité se poursuit d'une façon générale. Elle concerne toutes les pratiques chirurgicales y compris les chirurgies viscérale et bariatrique. Toutefois, cette baisse est moins significative en chirurgie bariatrique.

Une analyse des facteurs à l'origine des mises en cause a comparé la chirurgie bariatrique à l'ensemble des spécialités du bloc opératoire, et plus spécifiquement à la chirurgie viscérale qui inclut pour partie les mêmes opérateurs. Les critères d'indication chirurgicale, de suivi de l'anticoagulation et de permanence des soins sont comparables pour les 3 groupes. Concernant la chirurgie bariatrique, la qualité d'information préopératoire apparaît meilleure que dans les autres spécialités, probablement en lien avec « l'obligation » de demande préalable à la chirurgie qui inclut l'information depuis quelques années, ainsi qu'une prise en charge infectiologique de qualité. A l'inverse, on peut observer un « comportement » global porteur de risque ainsi que des réalisations techniques des actes plus souvent mis en cause en chirurgie bariatrique que pour les autres spécialités. Il n'y a pas d'explication rationnelle pour ces éléments. Cette chirurgie reste grevée d'un fort taux de réclamations. L'une des raisons tient certainement à son caractère fonctionnel, au poids des réseaux sociaux qui font l'apologie d'une chirurgie efficace, simple et qui ne mettent que rarement en avant ses risques et complications graves. La survenue d'une complication est alors vécue comme certainement en lien avec une pratique inappropriée, d'où l'importance d'une information de qualité et exhaustive.

Si toutes les spécialités améliorent peu ou prou leurs pratiques, on observe une meilleure évolution des facteurs de mise en cause en chirurgie bariatrique, en comparaison avec les autres spécialités, dans les 3 domaines suivants :

- Dans l'usage de l'antibioprophylaxie où l'on observe plus de 90% de bonnes pratiques, la chirurgie bariatrique se situe dans le top 3 des spécialités chirurgicales. (cf. figure 5 p.12)
- Dans la qualité de la prise en charge des infections liées aux soins, la chirurgie bariatrique fait partie des spécialités les mieux classées. (cf. figure 6 p.12)
- Dans la qualité de l'information délivrée au patient qui progresse ces dernières années de manière générale, la chirurgie bariatrique connaît une amélioration constante et se classe dans le top 4 des spécialités. (cf. figure 7 p.13).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces tendances : En premier lieu les contraintes liées aux Demandes d'autorisation préalables (DAP, publiée au JORF du 14 mars 2019) mises en place réglementairement en 2019, et qui ont transféré du patient au chirurgien la responsabilité de la demande et du respect des critères d'éligibilité à cette chirurgie.

Cette évolution a fait baisser la pratique de la chirurgie bariatrique de 55 000 à 38 000 interventions par an en 2 ans. La chirurgie se concentre de plus en plus vers des centres experts offrant une prise en charge globale et intégrée des patients obèses. Cette transformation des pratiques sera renforcée par les modifications législatives applicables en 2023 qui vont encore plus encadrer la pratique de la chirurgie bariatrique en soumettant cette chirurgie à autorisation (Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 art. R 6123-208 et suivants du code de la santé publique). Cela impliquera de multiples



Cette chirurgie reste grevée d'un fort taux de réclamations d'où l'importance d'une information de qualité et exhaustive.

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

prérequis incluant des parcours intégrés et encadrés par des médecins nutritionnistes, des formations chirurgicales diplômantes obligatoires et des seuils minimums d'activité.

Selon les premières estimations des ARS, près de 40% des établissements de soins en France perdraient la possibilité de pratiquer cette chirurgie dès 2024 (sur 482 établissements, 234 ne parviennent pas au seuil de 50 procédures par an en 2021).

L'objectif du législateur est d'améliorer l'encadrement des pratiques et le suivi des patients. Nous pouvons penser que l'exercice en groupe, dans un environnement pluridisciplinaire, sécurisé et normé, entraînera une amélioration de la pratique qui pourra être bénéfique pour les chirurgiens bariatriques et leurs patients. En effet, une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise du risque pourraient diminuer le taux d'indemnisation qui est actuellement l'un des plus élevés de toutes les spécialités (à 29 %, même si cela signifie que les praticiens sont mis hors de cause dans 71% des cas) ainsi que le montant des indemnités (on observe une patientèle souvent jeune avec des indemnités pouvant être supérieures à 1 500 000 €). On relève par ailleurs que le coût des sinistres est sensiblement équivalent pour toutes les techniques de chirurgie bariatrique, mais

que les complications sont deux fois plus fréquentes après Sleeve gastrectomie qu'après Bypass Gastrique.

On constate enfin que si la fréquence des mises en cause baisse sensiblement, le montant des indemnités octroyées après sinistre ne cesse de croître. En conclusion, les pratiques en chirurgie bariatrique sont de plus en plus encadrées et s'améliorent de façon progressive, en particulier grâce aux efforts de formation et d'information des chirurgiens. Branchet, par ses séances variées de Webinars, plateaux TV et participations aux réunions des Sociétés Savantes, contribue à la diffusion de l'information pour prévenir le risque médical.



**ON CONSTATE QUE SI LA FRÉQUENCE
DES MISES EN CAUSE BAISSE
SENSIBLEMENT, LE MONTANT
DES INDEMNITÉS OCTROYÉES APRÈS
SINISTRE NE CESSE DE CROÎTRE**

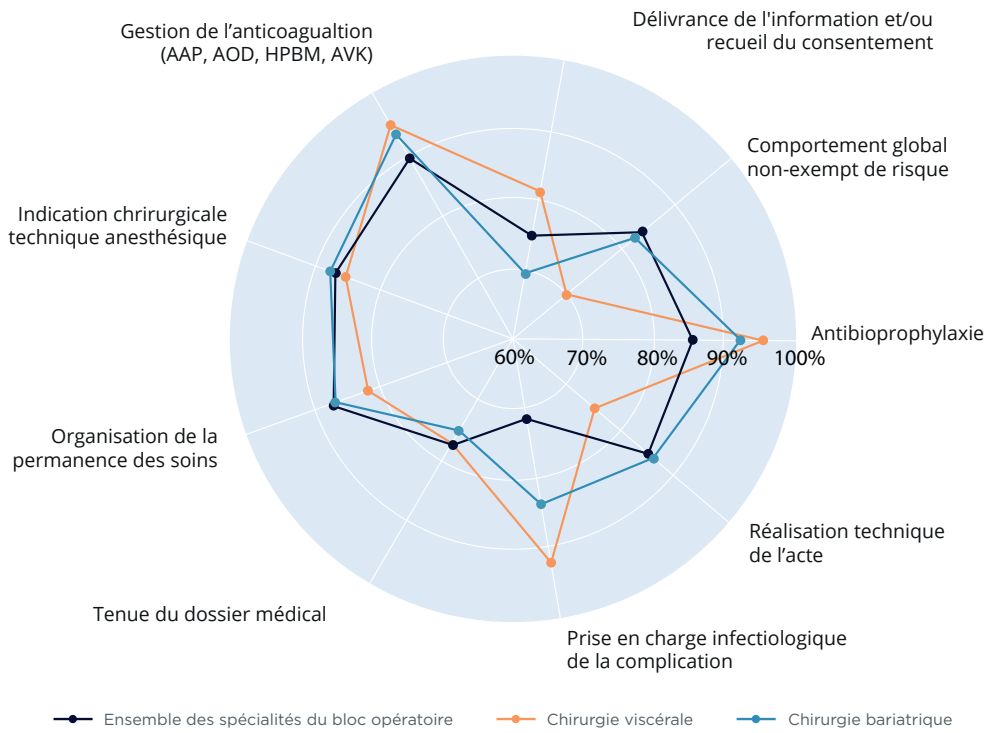


Figure 9. Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre la chirurgie orthopédique, la chirurgie du rachis, la neurochirurgie et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)

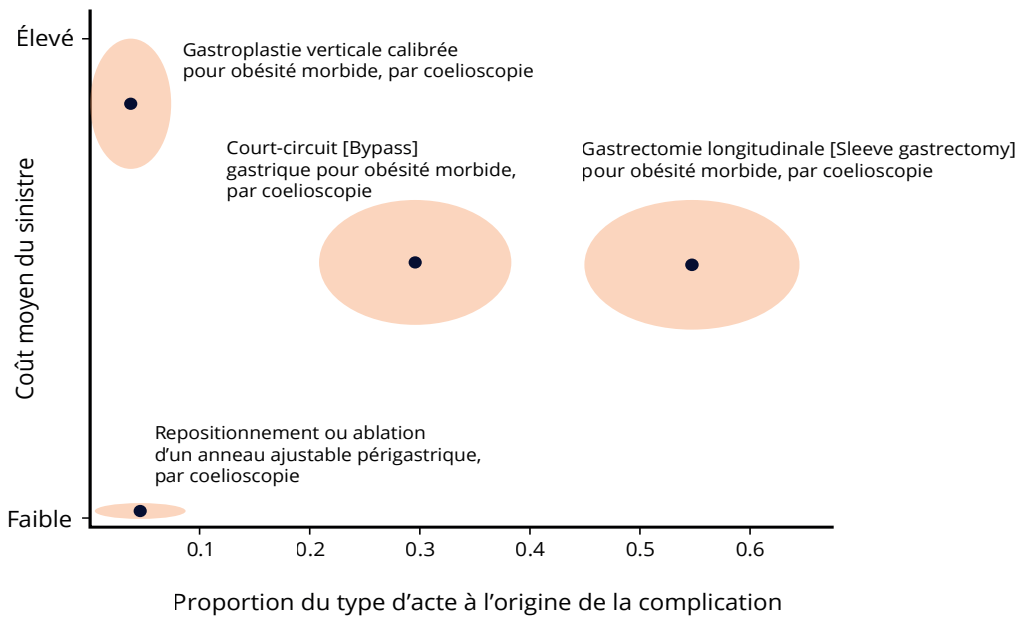


Figure 10. Chirurgie Bariatrique Groupe d'actes entrainant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022

Allégations de faute professionnelle en chirurgie bariatrique aux États-Unis :

notre analyse des données et nos propositions pour réduire les risques.

ÉTAT DES LIEUX
AUX ÉTATS-UNIS



PAR DR GRAHAM BILLINGHAM
Directeur médical
de MedPro (Etats-Unis)

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

11%

Le taux de réclamations liées à l'indication mais représente près du quart du total des indemnités versées (23%)

L'obésité est un problème de santé bien connu aux États-Unis. Souvent qualifiée d'« épidémie », elle touche environ 42 % des adultes américains, soit deux fois plus qu'il y a à peine 30 ans⁶. En conséquence, le nombre de procédures de chirurgie bariatrique a également augmenté. C'est une option de traitement efficace.

Avec l'augmentation du taux d'obésité et des chirurgies bariatriques, une hausse des réclamations associées à ces interventions a logiquement été constatée. En comparaison aux autres spécialités chirurgicales, les patients éligibles à la chirurgie bariatrique présentent des risques spécifiques et accrus en raison de leur état de santé général et de leurs comorbidités (maladie cardiaque, hypertension artérielle, diabète, problèmes respiratoires, apnée du sommeil, etc.).

Une étude du groupe MedPro révèle que les réclamations liées à la chirurgie représentent la majorité des plaintes (84 %). La plupart de ces événements chirurgicaux se sont produits en milieu hospitalier plutôt qu'en ambulatoire, étant donné que ces interventions nécessitent en général une hospitalisation (Bypass selon Roux en Y, Sleeve Gastrectomie laparoscopique, etc.). Le taux de réclamations liées à l'indication est de 11% mais représente près du quart du total des indemnités versées (23%)⁷.

Une analyse plus approfondie des cas de chirurgie bariatrique révèle que de nombreux facteurs de risques contribuent à ces réclamations ; les plus fréquents étant les compétences techniques et l'évaluation clinique.

Les manquements liés aux compétences techniques englobent :

- Des incapacités à identifier et gérer les complications connues (par exemple, saignements, caillots sanguins, problèmes respiratoires et infections),
- Une mauvaise technique chirurgicale et/ou un manque d'expérience. D'autres facteurs de risques comprennent les échecs de communication, l'insatisfaction des patients, une formation inadéquate du personnel, des retards dans la planification et une mauvaise information.

Les manquements liés à l'évaluation clinique concernent :

- Des évaluations inadéquates de l'état des patients (entraînant parfois une sortie postopératoire prématurée),
- Des délais allongés voire une impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical
- Une évaluation diagnostique biaisée,
- Des retards de diagnostics.

6. The state of obesity 2020: Better policies for a healthier America. Trust for America's Health. 2020. www.tfah.org/report-details/state-of-obesity-2020/; Harvard T.H. Chan School of Public Health. (n.d.). An epidemic of obesity: U.S. obesity trends. The Nutrition Source. Retrieved from www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/an-epidemic-of-obesity/

7. Surgery for obesity and related diseases. Laparoscopic bariatric surgery performed on an ambulatory outpatient basis. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2016.

En chirurgie bariatrique, les facteurs clés de gravité des cas sont le jugement clinique (diagnostic et choix de l'intervention), et les compétences techniques (identification et gestion des complications).

Pour faire face aux risques liés à la chirurgie bariatrique, les chefs d'hôpitaux, les chirurgiens et le personnel clinique doivent mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins, afin de réduire les risques et les réclamations pour faute professionnelle à l'encontre des médecins.

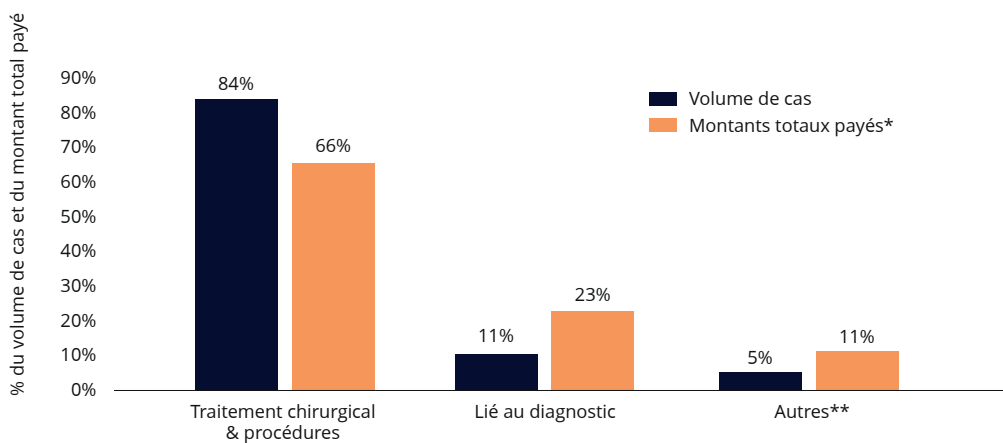


Figure 11. Corrélation entre l'origine des mises en cause et les montants des indemnités



CHIRURGIE VISCÉRALE

PR DIDIER MUTTER

Directeur du pôle de chirurgie viscérale et digestive de Branchet (Strasbourg)

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Comme pour toutes les spécialités, les mises en cause des praticiens analysées par des courbes de fréquence pluriannuelles tendent à diminuer. En excluant la spécificité de la chirurgie bariatrique, la baisse en chirurgie viscérale tend à être plus importante que pour les autres spécialités. Il reste cependant difficile d'en déterminer les facteurs.

Toutefois, on observe une nette amélioration de la qualité de la prise en charge antibiotique des infections, sous l'effet conjugué du recours plus systématique aux conseils de praticiens spécialisés, de la disponibilité de conseils 24h/24 comme proposé par Branchet, et du suivi des recommandations. La qualité de l'information délivrée aux patients progresse significativement, grâce au travail des assureurs et au poids grandissant des réseaux sociaux.

Si la culture « consentement + fiche d'information spécifique pour TOUTE intervention » n'est pas encore la règle, elle se met en place. En parallèle, les réseaux sociaux et Internet donnent accès à toutes les fiches d'information des Sociétés Savantes, et il devient

facile pour les praticiens de s'y référer. Le développement de consentements électroniques à lecture obligatoire constitue également une avancée qui augmentera la qualité d'information et la protection des chirurgiens dans ce domaine.

Il reste aux chirurgiens à respecter plus encore les recommandations de bonnes pratiques, et de réagir plus rapidement aux premiers signes de complications pour améliorer la qualité de leur prise en charge. En effet, le taux de mise hors de cause de la responsabilité du chirurgien viscéral lors d'un contentieux n'est que de 70%, taux quasiment le plus faible de toutes les spécialités. (figure 7 p.13)

Si la fréquence des plaintes concerne d'abord les réfections de paroi, hernies et éventrations, souvent par défaut d'information, les coûts les plus élevés sont identifiés sur les pathologies où les répercussions des complications sont les plus lourdes, plaies des voies biliaires après cholécystectomie, ou résultats fonctionnels après chirurgie du rectum.



UNE ATTENTION PARTICULIÈRE DOIT ÊTRE PORTÉE SUR DES ACTES EFFECTUÉS, QUI NE RENTRENT PAS DANS LE CHAMP D'EXPERTISE HABITUEL DU CHIRURGIEN VISCÉRAL

Une attention particulière doit être portée sur des actes effectués, qui ne rentrent pas dans le champ d'expertise habituel du chirurgien viscéral ni d'autres spécialistes et dont la mise en œuvre ne respecte pas les recommandations des sociétés savantes, et qui peuvent présenter des confusions délétères (lipome/sarcome, adénopathie/tumeur nerveuse, etc.).

In fine, le chirurgien viscéral s'éloigne de la chirurgie générale, et il doit effectivement se concentrer sur les actes de son domaine de compétence.

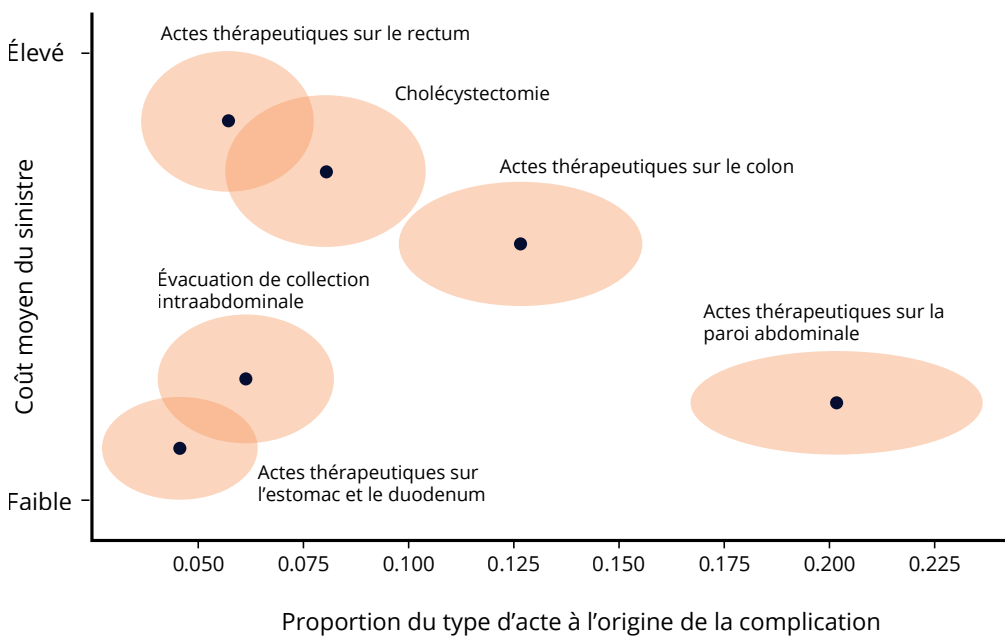


Figure 12. Chirurgie viscérale, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, CHIRURGIE DU RACHIS ET NEUROCHIRURGIE

DR FRÉDÉRIC SAILHAN
Directeur du pôle
de chirurgie orthopédique
de Branchet (Paris)

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Le graphique (cf. figure 13 p.25) permet en un coup d'œil, de comparer les performances des spécialités «chirurgie orthopédique» et «chirurgie du rachis/neurochirurgie» par rapport à l'ensemble des spécialités représentées.

En chirurgie du rachis/neurochirurgie, les performances sont meilleures que dans les autres spécialités pour la délivrance de l'information et du consentement. Il en est de même pour la gestion des anticoagulants et l'organisation de la permanence des soins. En revanche l'indication opératoire est plus souvent prise en défaut dans cette spécialité que dans les autres spécialités.

En chirurgie orthopédique il reste des progrès à faire dans la prise en charge infectiologique qui est dans l'ensemble moins bonne que dans les autres spécialités. Il en est de même pour la délivrance de l'information et du consentement éclairé qui n'est jugée conforme que dans 72 % des dossiers en expertise.

Il paraît nécessaire de poursuivre nos efforts pour sensibiliser les assurés à la délivrance d'une information préalable (et d'un consentement conforme) complète et claire, et à veiller à la traçabilité de cette information. De même, les grandes règles et recommandations de la prise en charge d'une infection de site opératoire (ISO) doivent être rappelées pour être mieux respectées.

Nous constatons, et ceci est une excellente nouvelle, une baisse globale du nombre de mises en cause dans toutes les spécialités chirurgicales depuis 2018. Ceci est particulièrement sensible pour la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie / chirurgie du rachis (cf. figures 3 et 4 p.11).

Pour expliquer cette tendance, l'analyse détaillée des expertises montre une nette amélioration en orthopédie et en chirurgie du rachis de la conformité et de la traçabilité de l'antibioprophylaxie ainsi que de la qualité et de la traçabilité de l'information délivrée aux patients par les chirurgiens. Ces deux éléments ont une répercussion immédiate sur l'issue d'une expertise.

Notons enfin que les actes thérapeutiques sur l'articulation de la hanche et du genou restent les plus coûteux et les plus fréquents en orthopédie parmi l'ensemble des dossiers.



EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE IL RESTE DES PROGRÈS À FAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE INFECTIOLOGIQUE QUI EST DANS L'ENSEMBLE MOINS BONNE QUE DANS LES AUTRES SPÉCIALITÉS

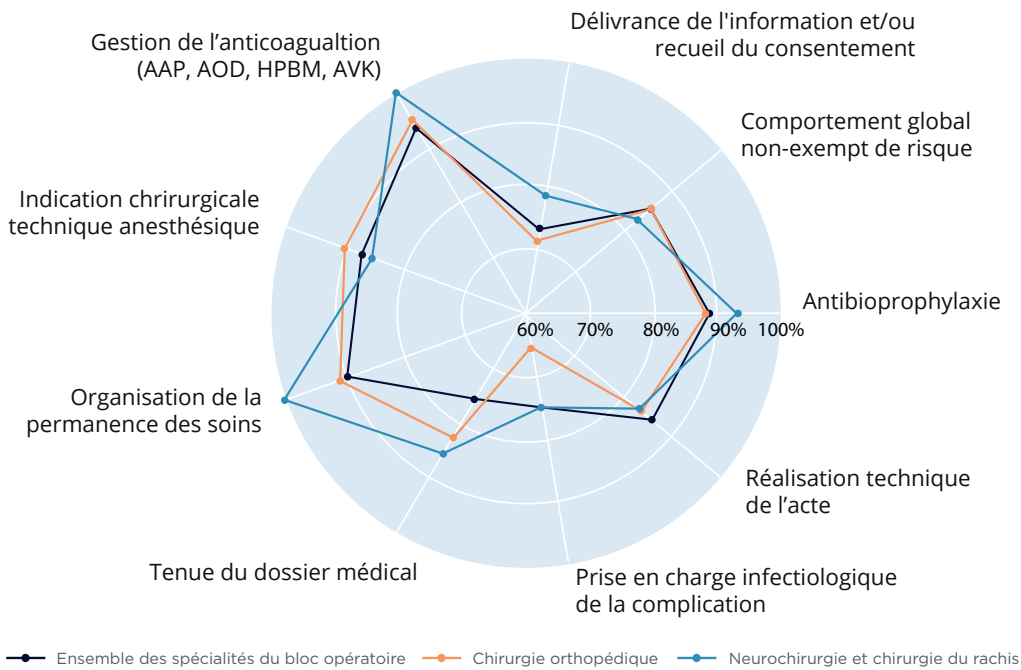


Figure 13. Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre la chirurgie orthopédique, la chirurgie du rachis, la neurochirurgie et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)

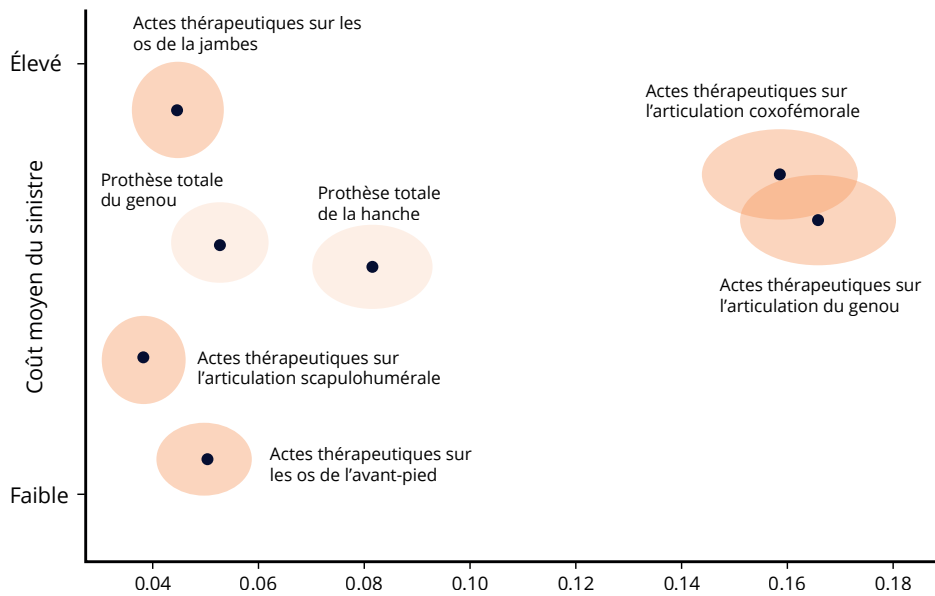


Figure 14. Chirurgie orthopédique, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022

PR PATRICK MERTENS
 Chef du pôle de chirurgie
 du rachis et neurochirurgie
 de Branchet (Lyon)

La chirurgie du rachis, à l'instar d'autres spécialités, présente une baisse globale significative des mises en cause.

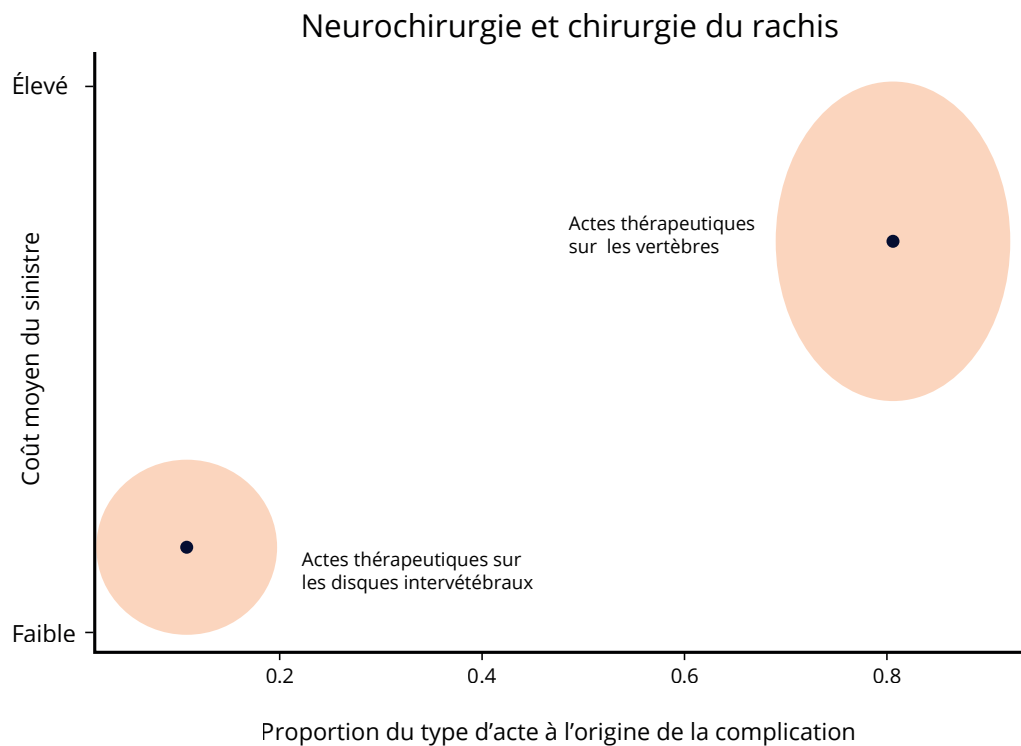
On note cependant la poursuite de l'évolution, déjà présente depuis quelques années, de l'accroissement proportionnel de la sinistralité liée aux gestes sur les vertèbres en comparaison à ceux se limitant aux disques intervertébraux.

Il est vraisemblable que cette tendance soit liée à des choix techniques de plus en plus sophistiqués en chirurgie vertébrale avec en retour une plus grande exposition à certains risques malgré le développement de technologies d'aide à la pose

d'implants (imagerie peropératoire type pseudo 3D, neuronavigation - robot...). La chirurgie rachidienne source de sinistralité est, pour une grande part, une chirurgie fonctionnelle de la douleur. La poursuite de la diminution des mises en cause pourrait passer par une amélioration de la communication avec le patient, de la parfaite compréhension de ses attentes, à le confronter aux gains espérés et aux limites de la technique proposée, afin d'éviter certaines déconvenues suites aux résultats qui sont à l'origine des plaintes.

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Figure 15.
 Neurochirurgie et chirurgie du rachis, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022



CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE, MAXILLO-FACIALE, ORL

DR. MICHEL ROUIF
Réfèrent Chirurgie
Plastique Reconstructrice
et Esthétique
de Branchet (Tours)

L'analyse des facteurs de mise en cause en CPRE, CMF, ORL et OPH montre des résultats de la part des praticiens de ce groupe proche de l'ensemble des assurés. Même si la délivrance de l'information est un peu plus suivie, celle-ci doit encore être l'objet de plus d'attention. La tenue du dossier médical mais surtout la prise en charge infectiologique méritent d'être encore améliorées.

La répartition des mises en causes reste sensiblement la même depuis plusieurs années tant sur les proportions des interventions les plus concernées que sur leur nature (abdominoplastie, chirurgie mammaire et rhinoplastie). Les dermo-lipectomies abdominales demeurent les interventions dont les coûts de sinistres sont les plus élevés car associées aux complications médicales les plus lourdes. Le nombre de mises en cause global est en légère baisse pour une mise en cause tous les 3 ans et 1 mois au lieu de 2 ans et 3 mois il y a quelques années, mais avec des sinistres souvent plus coûteux. Néanmoins la chirurgie plastique reste parmi les spécialités où les dossiers de sinistralité sont assez fréquents dans un contexte spécifique, celui d'une chirurgie de confort et de forte exigence de la part des patients qui sont submergés de sollicitations pas toujours conformes à la réalité (magazines, réseaux sociaux).

On note également une amélioration sensible de l'antibioprophylaxie et une nette amélioration de la prise en charge lors de complications infectieuses sur les

quatre dernières années comme pour la majorité des spécialités chirurgicales (cf. figure 5 p11 et cf. figure 6 p. 12). La mise en place de l'assistance H24 infectiologie, des conseils infectiologiques écrits (voir page 47) mais aussi de Développement Professionnel Continu (DPC en partenariat SOFCEP Branchet) ont permis d'améliorer la qualité de cette prise en charge. Cette dernière reste néanmoins encore insuffisante (cf. figure 6 p. 12) et nécessite que nous développons plus de formations dans ce domaine pour notre spécialité.

Par ailleurs, la croissance de la chirurgie et de la médecine esthétiques se poursuit au niveau national et international comme l'indique le dernier « ISAPS Global Survey »⁸. Cette augmentation annuelle d'actes médico-chirurgicaux de près de 20% est surtout dynamisée par une très forte croissance de la médecine esthétique (+54% au cours des 4 dernières années). On note pour la chirurgie, une augmentation importante des retraits d'implants (+22,6%) en rapport avec les annonces plus sensationnelles que scientifiques faites dans les medias sociaux (Breast Implant Illness, LAGC). L'information faite aux patients a heureusement progressé favorablement en qualité et traçabilité ces 4 dernières années (fig7) mais doit encore être améliorée puisque près de 20% des dossiers sont imparfaits sur cet aspect (fiches SoFCPRE pourtant hautement qualitatives, disponibles et régulièrement mises à jour, consentement éclairé électronique Branchet disponible cette année).



Le nombre de mises en cause global est en légère baisse pour une mise en cause tous les 3 ans et 1 mois au lieu de 2 ans et 3 mois il y a quelques années, mais avec des sinistres souvent plus coûteux.

8. <https://www.isaps.org/discover/about-isaps/global-statistics/reports-and-press-releases/global-survey-2021-full-report-and-press-releases/>

Enfin notre spécialité en pratique de ville se caractérise par une forte proportion de médecine et chirurgie esthétiques pour lesquelles la maîtrise de la pratique clinique, des aspects administratifs et des outils de communication doit être renforcée le plus tôt possible pour une installation en ville sereine. Il est donc essentiel d'encourager la participation de nos plus jeunes collègues chirurgiens plasticiens

à ces formations auxquelles Branchet apporte son soutien tel que le Séminaire d'installation des jeunes plasticiens, créé et poursuivi depuis près de 10 ans par la SOFCEP ou ASSPRO Jeune. Je remercie tout particulièrement le Dr Jean-Pierre Reynaud pour son enthousiasme communicatif toujours très apprécié dans sa participation à ce séminaire destiné aux jeunes plasticiens en voie d'installation.

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Figure 16.

Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)

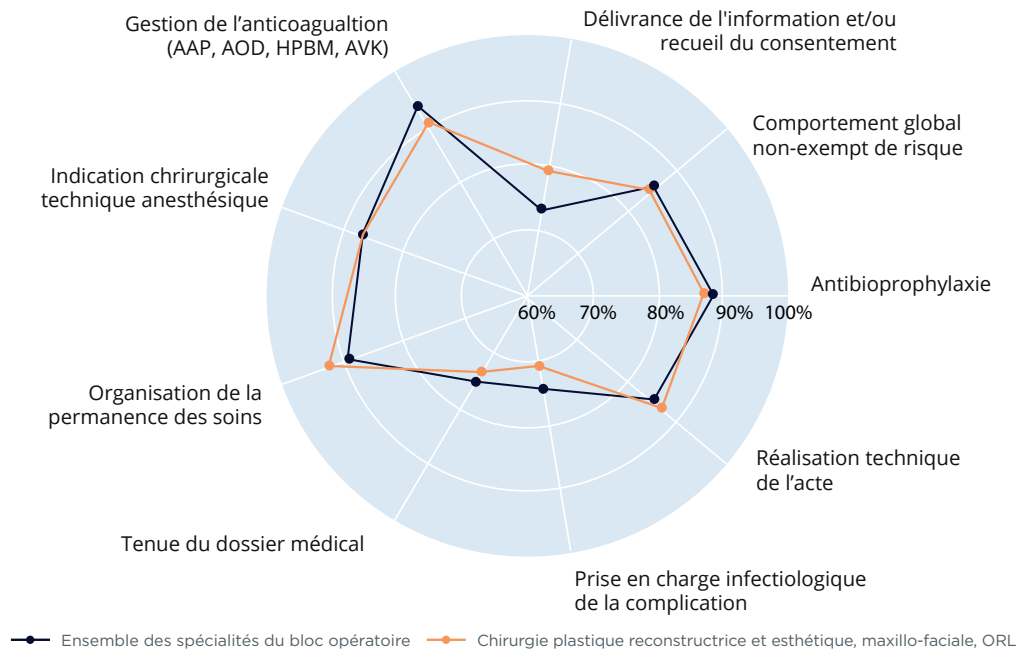
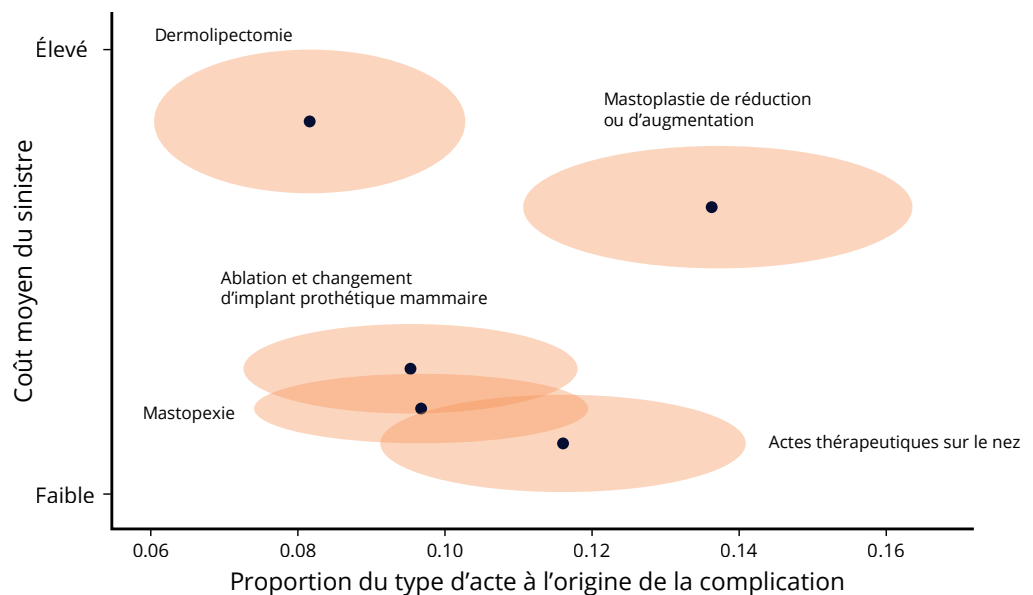


Figure 17. Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale et ORL, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022



FOCUS

La régulation des actes médicaux à visée esthétique

PR CHLOÉ BERTOLUS

Cheffe du pôle de chirurgie plastique, ORL, maxillo-faciale de Branchet (Paris)

Contexte

La régulation des actes médicaux à visée esthétique intéresse les médecins et la société à plus d'un titre. Elle vise d'une part à garantir la qualité de l'exécution aux bénéficiaires de ces actes. Il est impossible à l'heure actuelle de connaître le taux de complication de ces actes, faute d'un observatoire national. Certaines de ces complications (nécroses, brûlures...) peuvent être graves, et entraîner des conséquences coûteuses. L'examen de la sinistralité des 15 dernières années au sein du portefeuille Branchet dévoile une quarantaine de sinistres, quand 800 assurés déclarent pratiquer ces actes. Il est probable que, même dans la situation actuelle d'augmentation de ces pratiques, les complications ne représentent pas un « problème de santé publique ».

En restreignant le nombre de médecins autorisés à pratiquer ces actes, on espère remettre à disposition de la population des médecins exerçant dans leur spécialité initiale. Il est ainsi frappant de constater que les demandes d'installation en « médecine esthétique » émanent de médecins généralistes, mais aussi d'anesthésistes, anatomopathologistes, pédiatres ... toutes spécialités en tension, pour lesquelles ces installations hors du soin sont une perte sèche en termes d'offre de soins.

Qualification ordinale des médecins

En France, à l'heure actuelle, la « médecine esthétique » n'existe pas,

ni en tant que qualification, ni, a fortiori en tant que spécialité. Depuis 2013, plus aucun diplôme n'ouvre droit au titre et seuls existent des « actes médicaux à visée esthétique ».

Seuls certains spécialistes sont qualifiés pour pratiquer des actes à visée esthétique, du fait de leur maquette de formation initiale : dermatologues, chirurgiens plastiques reconstructeurs et esthétiques, chirurgiens maxillo-faciale (CMF), ORL, ophtalmologues (OPH), gynécobstétriciens (pour ces 4 dernières spécialités, les actes s'entendent dans leur zone anatomique d'action). Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'autre voie de qualification.

Pour les autres spécialités, les différentes formations, universitaires et a fortiori commerciales, ne sont pas toutes qualifiantes. La loi, la jurisprudence et le code de déontologie vont tous dans le même sens : le médecin doit exercer dans le cadre de sa qualification (lois du 4 septembre 1970, du 30 juin 2004, du 14 mars 1989 ; article 4127-70 du code de déontologie), sauf situation d'urgence qui ne saurait être invoquée en la matière.

A l'heure actuelle, 4 groupes de personnes pratiquent ces gestes :

1. Les dermatologues, CPRE (chirurgiens qualifiés en Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique), etc. formés et qualifiés par leur maquette initiale (cf. supra), ou autres médecins titulaires d'un diplôme complémentaire obtenu avant 2013 ouvrant droit au titre.
2. Les médecins hors ceux cités en point 1., ayant reçu une formation par définition non qualifiante
3. Les médecins hors ceux cités en point 1. et non formés
4. Les non-médecins

Les médecins cités en point 1. exercent dans leur champ de qualification lorsqu'ils pratiquent des actes à visée esthétique.

Les médecins cités en points 2. et 3. exercent hors champ de qualification et devraient se voir refuser leur autorisation d'installation par leur CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins).

Les individus cités en point 4. sont d'ores et déjà passibles de poursuites pour exercice illégal de la médecine par les CDOM.

De surcroît, pour les personnes des points 1. à 3., le risque de contrevenir à l'article 4127-19 du Code de Déontologie (la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce) est important, les installations projetées se faisant fréquemment dans des centres de soins esthétiques.

Ainsi, si l'on se rapporte au principe de l'exercice exclusif dans le domaine de qualification, seuls seraient actuellement autorisés à pratiquer des actes médicaux à visée esthétique les médecins qualifiés en dermatologie, CPRE, CMF, ORL, OPH, gynéco-obstétrique, et les médecins d'autres spécialités titulaires d'un diplôme complémentaire de médecine esthétique obtenu avant 2013 et ouvrant droit au titre à l'époque de son obtention – sous réserve que cette activité ne s'exerce pas comme un commerce, donc indépendamment de toute activité de soins non médicaux.

Moyens de régulation

Le CNOM⁹, les CNP¹⁰ et les Universités appellent à la création d'un DIU¹¹ de médecine esthétique, destiné aux seuls médecins. Ce diplôme devrait prendre place à la rentrée 2024, et accueillir 40 candidats par an. Les critères d'accès à cette formation (formation initiale, durée d'exercice etc.) sont en cours d'élaboration.

Il est très probable que la « clause du grand père » s'applique pour les médecins ayant d'ores et déjà reçu l'autorisation de pratiquer les actes à visée esthétique en dehors de toute qualification à la date de création dudit diplôme.

En attendant la création de ce nouveau diplôme, le CNOM va émettre une circulaire à destination des CDOM, les enjoignant de refuser les installations primaires ou secondaires faisant mention de la pratique d'actes à visée esthétique pour les médecins non qualifiés.

Enfin, le principe de régulation de la vente de produits injectables (produits de comblement) vient d'être acté par le ministère de la santé, avec une délivrance sur ordonnance exclusive. La régulation des dispositifs (lasers, appareils de cryolipolyse...) semble beaucoup plus compliquée à mettre en œuvre, du fait des enjeux financiers et industriels impliqués.

En résumé, la régulation pour les futures installations sera basée sur l'application des principes élémentaires du code de déontologie (exercice dans le champ de qualification et caractère non commercial de l'activité), puis par l'obtention d'un diplôme qualifiant. Une régulation de la vente des produits de comblement devrait être rapidement effective. Une clause du grand-père sera probablement appliquée pour ceux qui pratiquent déjà sans qualification. Le CNOM et le ministère comptent sur les assureurs pour aider à la rationalisation de cette offre.

9. CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

10. CNP : Collège National Professionnel

11. DIU : Diplôme Inter-Universitaire-and-press-releases/

Risques associés aux interventions de médecine esthétique

ÉTAT DES LIEUX
FRANCE / ETATS UNIS

PAR DR GRAHAM BILLINGHAM
Directeur médical
de MedPro (Etats-Unis)

La gestion des attentes des patients et la communication d'informations claires sur les soins sont des prérequis nécessaires à une bonne stratégie de prévention des risques par les prestataires de soins. Ceci se vérifie encore plus pour les interventions esthétiques non obligatoires.

Les praticiens qui réalisent des actes de médecine esthétique doivent s'assurer que leurs patients ont une bonne compréhension et une vision réaliste de l'intervention, du traitement et de ses résultats futurs. Une mauvaise gestion des attentes et/ou de la communication avec le patient peut augmenter le risque de plaintes, de demandes de remboursement, voire de litiges.

Les allégations chirurgicales représentent près des trois quarts du volume de cas de chirurgie plastique et des indemnités versées. Les réclamations mammaires représentent environ un tiers des cas.

Les cas impliquant la prise en charge de patients chirurgicaux, y compris avant, pendant et après l'opération, sont souvent liés à la réponse de l'équipe chirurgicale lors de l'apparition de complications. Bien que les complications puissent résulter d'une erreur pendant l'acte, le temps que met l'équipe de soins à identifier et à gérer la survenue d'un événement a un impact important dans son éventuel degré de gravité.

Les réclamations peuvent être liées au traitement médical ou à l'acte en lui-même (ex : excisions, dermabrasion, tatouage, etc.). Dans le premier cas, cela peut relever d'une sélection de traitement inappropriée et d'une mauvaise appréciation des résultats d'examen alors que pour l'acte chirurgical, cela peut être lié à une identification tardive des complications.

Les facteurs contributifs, qui peuvent se situer à plusieurs niveaux dans le processus de soins, semblent contribuer à leur résultat et/ou à l'ouverture du dossier, fournissant des informations précieuses sur les possibilités d'atténuation des risques. Les facteurs liés au jugement clinique, y compris la sélection de l'intervention la plus appropriée à l'état du patient et ceux liés à la prise de décision en matière de diagnostic, les facteurs liés aux compétences techniques, mais aussi une mauvaise technique d'intervention, la reconnaissance/gestion des complications connues, ainsi que la gestion des attentes du patient sont des facteurs clés de la gravité des cas cliniques en chirurgie plastique.



UNE MAUVAISE GESTION DES ATTENTES ET/OU DE LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT PEUT AUGMENTER LE RISQUE DE PLAINTES, DE DEMANDES DE REMBOURSEMENT, VOIRE DE LITIGES

Stratégies de gestion des risques :

- S'assurer que les stratégies de publicité et de marketing ne promettent pas plus qu'elles ne puissent offrir,
- Faire une distinction claire entre supports marketing et pédagogiques,
- Offrir des informations claires et objectives sur les avantages et les risques des actes proposés,
- Anticiper la tendance humaine qu'auront les patients à se souvenir des informations et des prédictions optimistes plutôt que des discussions sur

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

- les risques et les limites des actes, d'où l'importance du consentement éclairé,
- Mettre en place un processus d'évaluation continue des compétences cliniques, médicales, techniques et de gestion du matériel,
- Maintenir un processus d'évaluation post intervention cohérent,
- Veiller à la bonne coordination des soins si d'autres spécialités sont impliquées dans le parcours du patient,
- Donner des instructions détaillées et claires au patient, pour qu'il soit pro actif et acteur de sa prise en charge. Tenir compte de l'historique du patient et des autres obstacles éventuels à la compréhension,
- Documenter de manière exhaustive le dossier opératoire (évaluation préopératoire, étapes préopératoires, séquence d'évènements post opératoires). Les informations manquantes dans le dossier (techniques ou calendaires) rendent plus difficile la défense contre de potentielles accusations de faute professionnelle.

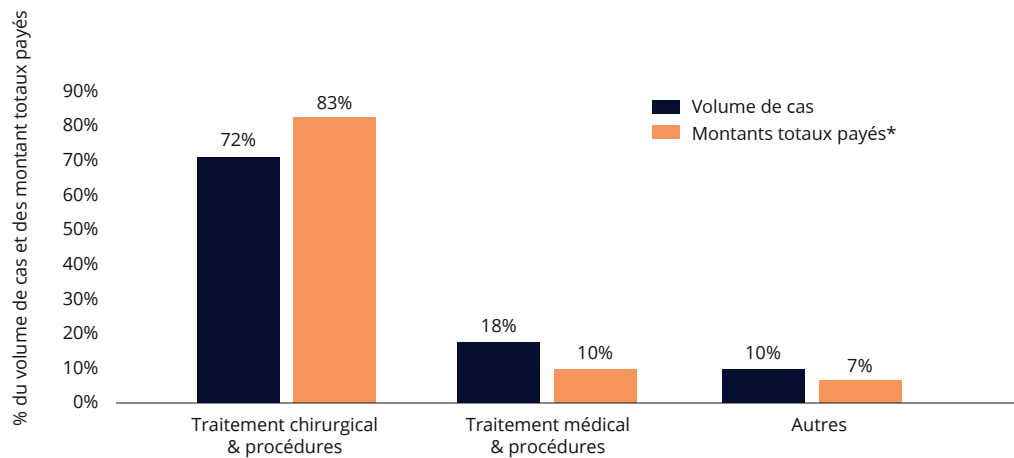


Figure 18.
Corrélation entre l'origine des mises en cause et le montant des indemnités

CHIRURGIE VASCULAIRE, CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

DR CLAUDE GIRAUD

Chef du pôle de chirurgie vasculaire, cardiovasculaire et thoracique de Branchet (Toulouse)

Il apparaît, comme cela a déjà été souligné, que le point faible des assurés du pôle Cardio-Vasculaire et Thoracique réside dans une insuffisance du devoir d'information en termes de bénéfices-risques et de consentement éclairé, avec un chiffre de 55%, nettement en retrait par rapport à la plupart des autres spécialités.

Ceci est d'autant plus «pénalisant» que ce point faible semble pourtant facile à corriger, par l'utilisation systématique des fiches spécifiques détaillées par interventions, mises gracieusement à la disposition de tous nos assurés, chirurgiens vasculaires, thoraciques et/ou cardiaques.

Une prise de conscience s'impose donc, en faisant également participer les secrétariats de nos assurés, en les sensibilisant à ce devoir d'information impératif, qui s'impose à nous tous, avant tout geste thérapeutique non urgent.

Bien informer pour mieux soigner, fait partie intégrante de la relation praticien-patient, et du climat de confiance qui s'instaure et prélude aux soins.

La baisse de la fréquence des mises en cause se poursuit d'une façon générale. Elle concerne toutes les pratiques chirurgicales y compris les chirurgies vasculaire, cardiovasculaire et thoracique.

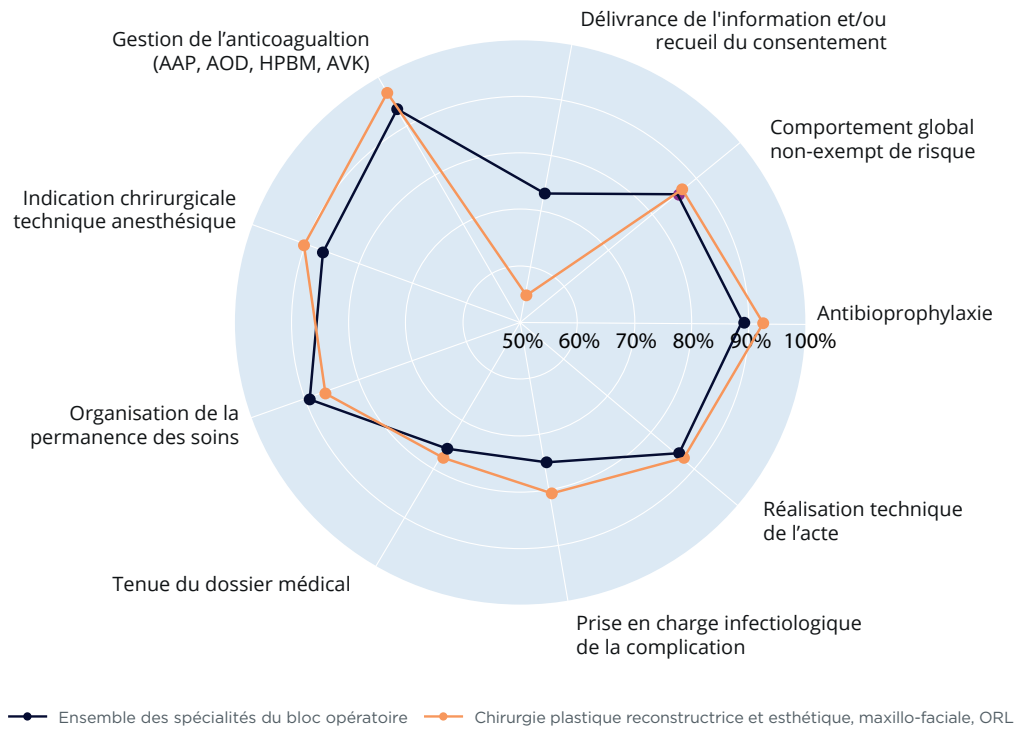
- Dans l'usage de l'antibioprophylaxie, les chirurgies vasculaires, cardio-vasculaires et thoraciques se situent dans la moyenne des spécialités avec environ 80% de bonnes pratiques (cf. figure 5 p.11).
- Dans la qualité de la prise en charge des infections liées aux soins, les chirurgies vasculaires, cardiovasculaires et thoraciques sont en nette progression: il y a eu un gain de 13 points entre la période 2016-2020 et 2018-2022. Elles sont dans la moyenne des spécialités (cf. figure 6 p.12).
- Dans la qualité de l'information délivrée au patient, les chirurgies vasculaire, cardiovasculaire et thoracique sont en grande progression avec un gain de plus de 20 points constatés entre les périodes 2014-2018 et 2018-2022. Elles restent cependant en recul par rapport aux autres spécialités (cf. figure 7 p.13).



**BIEN INFORMER POUR MIEUX SOIGNER,
FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA
RELATION PRATICIEN-PATIENT,
ET DU CLIMAT DE CONFIANCE QUI
S'INSTAURE ET PRÉLUDE AUX SOINS.**

Figure 19.

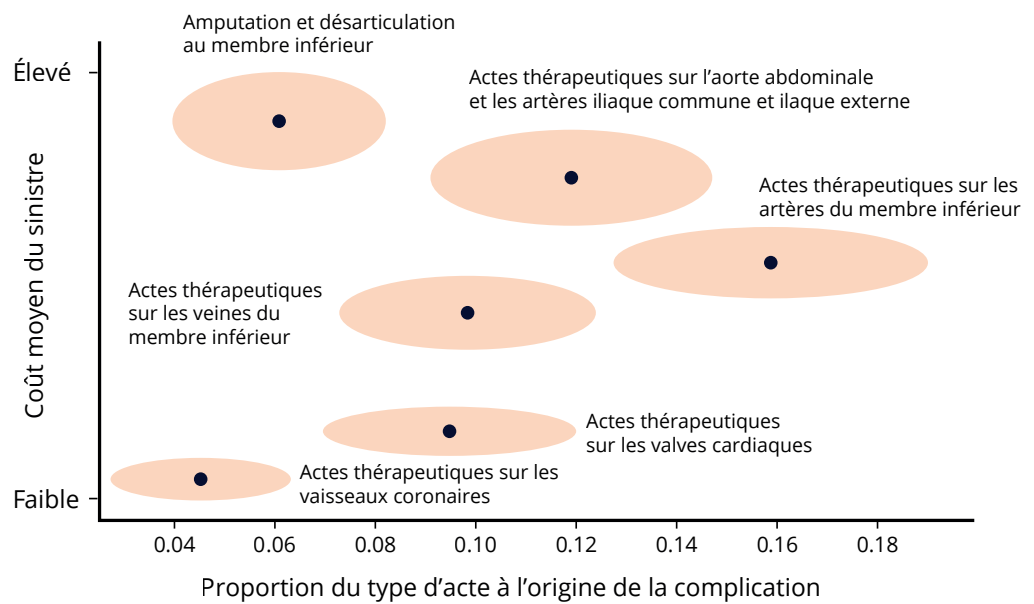
Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre la chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)



1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Figure 20.

Chirurgie vasculaire, cardiovasculaire et thoracique, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022



Chirurgie vasculaire

DR CLAUDE GIRAUD
 Chef du pôle de chirurgie vasculaire,
 cardiovasculaire et thoracique
 de Branchet (Toulouse)

L'évolution de la chirurgie vasculaire est rythmée par les avancées technologiques telles que l'intelligence artificielle et la chirurgie robotique.

Les gestes deviennent plus sophistiqués, mais sont paradoxalement moins invasifs. Des patients plus âgés, avec des comorbidités plus importantes peuvent bénéficier de ces techniques, avec de meilleures suites opératoires que dans les décennies précédentes et sans que cela ne soit source d'augmentation de la sinistralité.

De récentes études nous montrent que la chirurgie artérielle réalisée en ambulatoire ne génère pas davantage de complications que lors d'hospitalisations conventionnelles plus ou moins prolongées. Une des principales raisons qui permet ce type de prise en charge à moindre coût est la capacité des équipes de chirurgiens vasculaires et de leurs collègues anesthésistes à bien informer leurs patients en matière de conseils et de précautions à respecter, accompagnés d'une conduite à tenir et de numéros d'appel permettant une réponse adaptée, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ainsi l'augmentation de l'activité de nombreux chirurgiens vasculaires ne résulte pas simplement d'une année « post-pandémie Covid » mais d'un réel engagement vers une diminution des journées d'hospitalisation, déjà amorcée avec les techniques de chirurgie veineuse conservatrices et le recours à une nouvelle forme de prise en charge.

Ces avancées technologiques et structurelles ne doivent cependant pas nous éloigner du respect des recommandations et des bonnes pratiques, car dans notre exercice, les complications demeurent toujours la source de très lourds préjudices, aggravés par les comorbidités, à l'origine de pertes d'autonomie.

Bien que d'apparence très simple à corriger, le défaut d'information est encore une cause de sinistres et concerne les chirurgiens vasculaires, cardiaques et thoraciques. Cet écueil nous impose à la fois de ne pas sous-estimer ni banaliser l'acte proposé, de maintenir un dialogue clair et un accompagnement attentif du patient et de ses proches lorsque les suites sont compliquées. Ce devoir d'information qui s'impose à tout praticien, doit toujours permettre de maintenir un climat de confiance entre le patient et ses proches d'une part, le chirurgien et l'ensemble de l'équipe soignante d'autre part. Le recours aux fiches validées par nos Sociétés Savantes doit être un réflexe lors de toute consultation avec comme corollaire sa traçabilité.

Les trois sinistres à plus fort enjeu financier observés lors de ces cinq dernières années comportent tous les trois un défaut d'information et un manque de traçabilité qui ont conduit à une perte de chance, soit de se soustraire à l'intervention, soit de mieux gérer la complication...



LES TROIS SINISTRES À PLUS FORT ENJEU FINANCIER OBSERVÉS LORS DE CES CINQ DERNIÈRES ANNÉES COMPORTENT TOUS LES TROIS UN DÉFAUT D'INFORMATION ET UN MANQUE DE TRAÇABILITÉ QUI ONT CONDUIT À UNE PERTE DE CHANCE, SOIT DE SE SOUSTRAIRE À L'INTERVENTION, SOIT DE MIEUX GÉRER LA COMPLICATION...

DR CLAUDE GIRAUD
Chef du pôle de chirurgie
vasculaire, cardiovasculaire
et thoracique de Branchet
(Toulouse)

Chirurgie thoracique

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

La chirurgie dite « mini invasive » est en plein essor. Les procédures réalisées en vidéo thoracoscopie sont passées de 30 à 60% des actes réalisés en 5 ans. Leur sinistralité peut s'expliquer par :

- Un manque d'expérience en début de carrière, surtout valable pour le robot. L'arrivée du robot dans un établissement s'accompagne d'accidents ou d'incidents dus à l'inexpérience ou la témérité de l'opérateur.
- Une erreur d'interprétation du terme « mini invasif » qui ne devrait plus apparaître dans aucun document d'information. Ceci laisse entendre à tort au patient que l'intervention sera réalisée quasiment sans incision et sans douleur. Certains chirurgiens justifient même ce type de voie comme un argument pour opérer. C'est une énorme erreur car la voie d'abord est une affaire de stratégie opératoire et non une option que le patient peut discuter. La chirurgie carcinologique thoracique représente 75% de l'activité d'un chirurgien thoracique et concerne aujourd'hui dans plus de 50% des cas des tumeurs de moins de 2 cm pour lesquelles le diagnostic ne peut être obtenu en pré-opératoire. On se doit alors de réaliser une intervention à visée diagnostique et thérapeutique.

Deux situations opposées peuvent survenir :

- L'intervention est proposée en première intention du fait d'une forte présomption de cancer : malheureusement, le diagnostic définitif concerne une lésion non néoplasique !
- Une période de surveillance de 3 mois (au moins) est proposée avant l'intervention : le diagnostic définitif est alors un cancer.

Au total, si l'information n'est pas assez explicite sur ces cas, le praticien peut se retrouver mis en cause soit pour intervention inutile, soit pour retard de diagnostic.

Si l'on retrouve de plus en plus maintenant les documents de consentement éclairé dans les dossiers, il n'en est pas de même pour les fiches d'information qui sont très fréquemment absentes, surtout dans les CHU ou chez les praticiens ayant une très grosse activité.

Au total, la distribution systématique des fiches d'information serait capitale pour éviter qu'un simple aléa sans faute ne se transforme en une perte de chance...

Il a pu être démontré que la participation à Epithor (registre incluant les informations des patients ayant bénéficié d'une chirurgie du thorax) dont le but principal est l'auto-évaluation en temps réel de son activité, diminuait significativement les complications post opératoires et augmentait la survie des patients opérés de cancer.



**C'EST UNE ÉNORME ERREUR
CAR LA VOIE D'ABORD EST UNE AFFAIRE
DE STRATÉGIE OPÉRATOIRE ET NON
UNE OPTION QUE LE PATIENT PEUT
DISCUTER.**

MÉDECINE ET CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

DR ANTOINE WATRELOT

Chef du pôle de chirurgie
gynécologique de Branchet (Lyon)

Cette analyse comparée des facteurs de mises en cause confirme que la délivrance de l'information est perfectible dans tous les aspects de la spécialité mais particulièrement en gynécologie médicale. Rappelons qu'un consentement devrait être systématique même pour des actes considérés « simples » tels que la pose d'un stérilet.

C'est une petite révolution qui s'impose à nous dans ce domaine et qui n'est pas sans poser problème compte tenu de l'aspect très chronophage du recueil du consentement dans des actes courants pratiqués en consultation.

Un autre aspect qui rejoint quelque peu le précédent est la tenue du dossier médical qui apparaît insuffisant alors même qu'il fait l'objet de mesures réglementaires. Par ailleurs un dossier mal tenu est très préjudiciable au praticien en cas de mise en cause.

Les autres paramètres sont très bons et méritent d'être signalés comme l'indication chirurgicale ou l'organisation de la permanence des soins si importante en obstétrique.

Cette édition 2023 de la cartographie apporte un nouvel éclairage sur la chirurgie gynécologique, qui ne fait plus partie des spécialités générant peu de sinistres, avec un taux de mise hors de cause qui suit une tendance baissière (-70%).

Dans la qualité de l'information délivrée aux patients, la gynécologie obstétrique est en grande progression avec un gain de plus de 10 points constaté entre les périodes 2014-2018 et 2018-2022. Ceci s'explique probablement par le fait que la patientèle en chirurgie gynécologique est en général assez jeune et appétente à la littérature en santé. Les nouveaux modes

d'information en particulier numériques jouent également un rôle dans cette amélioration.

De nouveaux risques émergent dans cette discipline, en particulier avec le développement de la chirurgie de l'endométriose. Même si cela n'apparaît pas clairement dans les chiffres, et que l'analyse est complexifiée par le fait que d'autres spécialités sont souvent impliquées (chirurgie viscérale et urologie), il est certain que l'émergence des réseaux et centres experts devrait permettre de contenir ce risque.

Il existe d'ailleurs une tendance lourde à exiger un minimum de cas opérés pour prétendre à être autorisé à prendre en charge une pathologie (cancer du sein, cancers pelviens et bientôt endométriose). Cette exigence qui paraît légitime pour la sécurité des patientes, pose néanmoins la question de l'obtention de ces autorisations pour les chirurgiens qui débutent. Il faudra suivre les modalités d'obtention de l'agrément pour pouvoir donner une garantie assurantielle pendant la période probatoire.

En ce qui concerne les plus gros sinistres de la spécialité, il s'agit fréquemment de la blessure d'un organe de voisinage (intestin, uretère, gros vaisseaux) au cours de la coelioscopie.

La gynécologie-obstétrique est une spécialité très vaste puisqu'elle comprend, outre la chirurgie gynécologique, l'obstétrique, l'aide à la procréation, la gynécologie médicale et endocrinienne, etc. de sorte qu'il existe peu de praticiens ayant une activité chirurgicale exclusive. La formation est donc scindée et l'université n'a pas, à ce jour, décidé de former des chirurgiens pelviens d'une part et des obstétriciens de l'autre comme certains



La délivrance de l'information est perfectible dans tous les aspects de la spécialité mais particulièrement en gynécologie médicale.

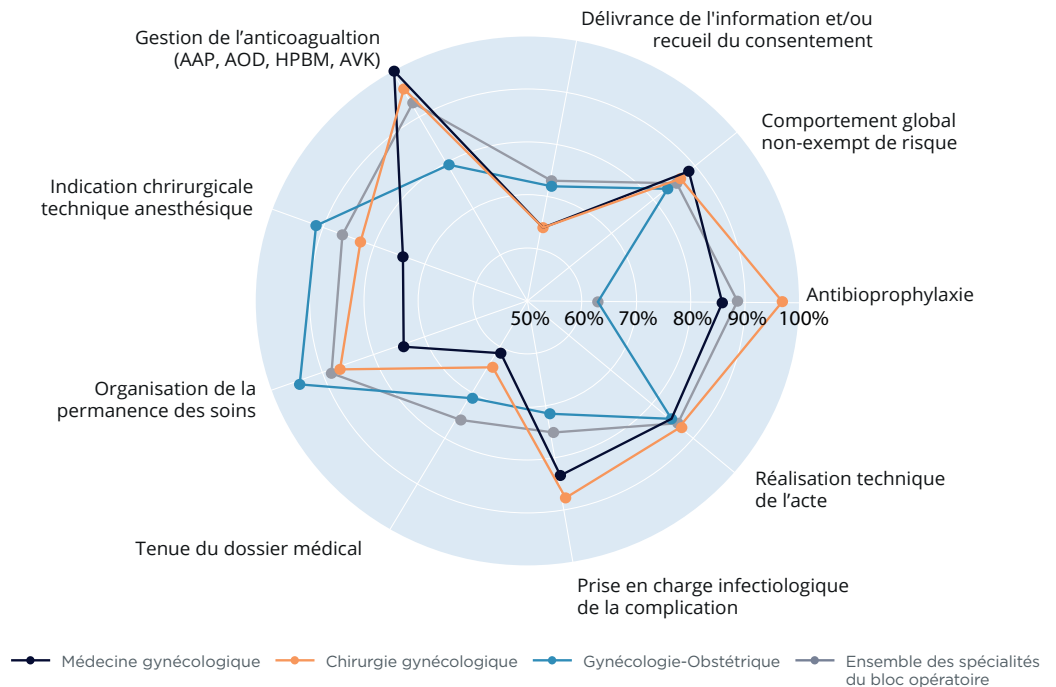
le proposaient. La formation chirurgicale est donc par définition plus limitée que dans d'autres disciplines chirurgicales, ce à quoi s'ajoute le nombre restreint de stages (encore amplifié par la crise covid).

Finalement, les jeunes confrères s'installent dès la fin de leur formation avec une expérience chirurgicale encore insuffisante.

Il est donc nécessaire d'encourager le mentoring par les plus anciens. De même, les formations élaborées par ASSPRO et délivrées par Branchet Solutions sont et seront des facteurs contributifs importants pour continuer à voir la sinistralité diminuer.

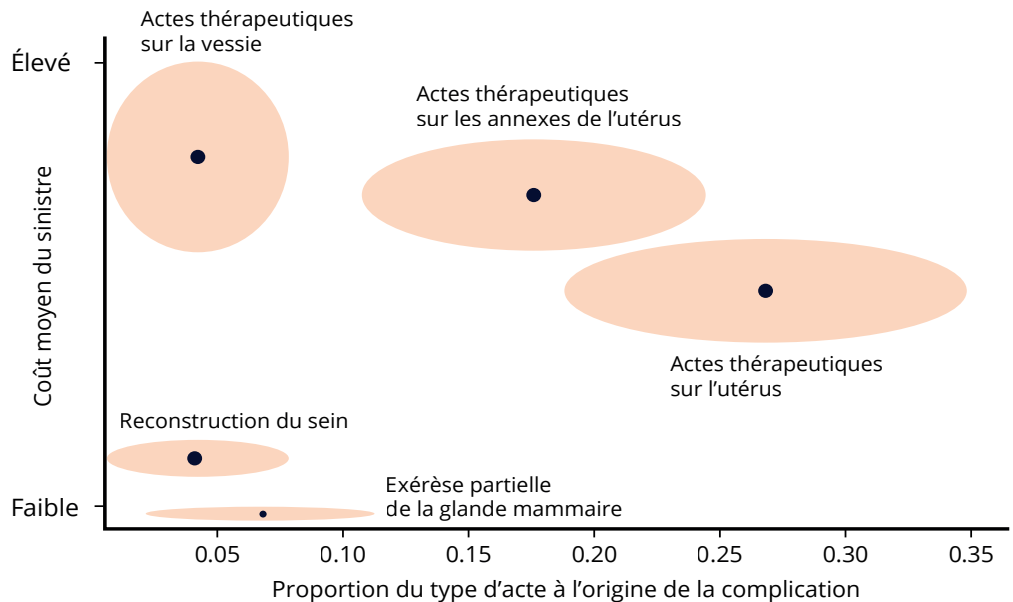
Figure 21.

Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)



1.2 Sinistralité commentée par spécialité

Figure 22. Médecine et chirurgie gynécologique, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022



GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

PR LÉON BOUBLI
 Chef du pôle de chirurgie
 gynécologique-obstétrique
 de Branchet (Marseille)

L'analyse des dossiers du pôle d'obstétrique fait apparaître une tendance à la baisse de la fréquence de mise en cause.

Concernant les sinistres à très haut risque financier, il s'agit essentiellement des conséquences d'une souffrance fœtale conduisant à un handicap important (paralysie cérébrale) dont l'indemnisation allouée aux patients et aux organismes sociaux peut atteindre plusieurs millions d'euros, lorsque la responsabilité du praticien est retenue.

On note également une proportion importante de mises en cause concernant des lésions du plexus brachial.

Pour les cas d'indemnisations à la suite de dommages causés à des nouveau-nés, les délais de traitement / clôture des dossiers sont très longs. La longueur des procédures s'explique par la nécessité de stabilisation et de consolidation de l'état du patient, pour pouvoir statuer sur l'indemnisation finale.

Enfin, on constate une augmentation des dossiers à enjeu moins élevé : cela concerne les lésions obstétricales du périnée, les insuffisances de diagnostic ante natal, les défauts de cicatrisation.

Au total, il y a donc une vraie tendance à la diminution des mises en cause, qui semble d'ailleurs s'accroître en 2023.

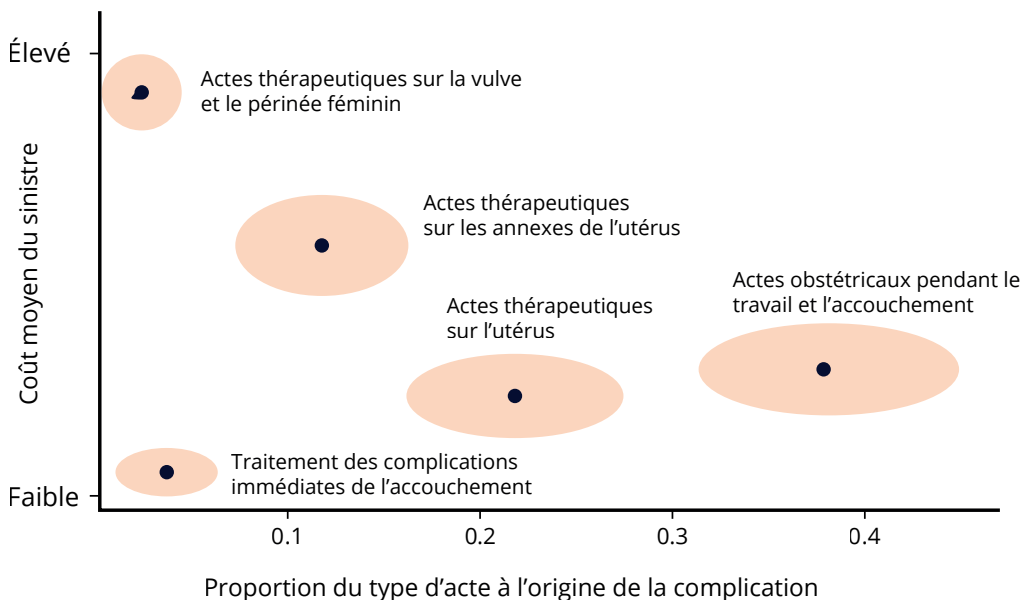


Figure 23.
 Gynécologie-obstétrique,
 groupe d'actes entraînant
 le plus de mises en cause
 par coûts moyens associés
 sur la période 2018-2022

CHIRURGIE UROLOGIQUE

DR JEAN-LUC MOREAU

Chef du pôle de chirurgie urologique de Branchet (Nancy)

PR MORGAN ROUPRÊT

Chirurgien urologue (Paris)

1.2 Sinistralité commentée par spécialité

L'analyse des dossiers impliquant les urologues met particulièrement en exergue la qualité de l'information délivrée au patient, la compétence chirurgicale et l'organisation des soins. Rappelons l'importance de la traçabilité et d'une bonne tenue du dossier médical pour pouvoir assurer la meilleure défense lors d'un contentieux. Branchet participe à l'amélioration de la prise en charge infectiologique avec des formations adaptées et la possibilité d'un avis infectiologique 24h/24 et 7j/7 en complément du respect des recommandations.

L'urologie est une spécialité médico-chirurgicale en constante évolution et adaptation face aux progrès scientifiques et technologiques. Cela fait émerger de nouveaux risques inhérents aux changements de pratique et d'organisation professionnelle. La formation initiale universitaire (internat et clinicat), le développement professionnel continu, le recours à la simulation, au tutorat, au compagnonnage permettent l'apprentissage et l'acquisition de ces nouvelles procédures et nouveaux gestes techniques.

Parmi ces risques, certains sont spécifiques, liés en particulier aux mutations technologiques, à leur complexité ainsi qu'à la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes ou de patients de plus en plus âgés dans une population vieillissante. L'urologie est particulièrement exposée puisqu'elle est concernée par toutes les voies d'abord chirurgicales envisageables : la chirurgie incisionnelle traditionnelle, la chirurgie mini invasive et notamment la chirurgie laparoscopique robot assistée et enfin, l'endo-urologie dont les nouveaux traitements de l'hypertrophie bénigne de la prostate. De nouveaux dispositifs médicaux vont éclore, de plus en plus sophistiqués avec l'IA, la thérapie focale et/ou la thérapie ciblée, la robotique, la réalité virtuelle, la chirurgie naviguée. Ces thérapeutiques vont transformer la façon dont on pratiquera l'urologie dans les prochaines années.

On peut remarquer toutefois que l'urologie est peu pourvoyeuse de contentieux et de demandes d'indemnisation comparativement à d'autres spécialités. Les urologues sont peu nombreux (1200 en France). Ils sont sensibilisés et éduqués au risque pendant leur formation initiale et par leur société savante, l'Association Française d'Urologie. La nécessité de surmonter une courbe d'apprentissage inhérente à chaque nouvelle procédure est bien établie. Des protocoles standardisés se mettent en place de façon homogène dans tous les blocs opératoires d'urologie comme la « check-list » avant de débiter toute intervention et comme les réunions de morbi mortalité dans les équipes. La sinistralité de l'urologie globalement en baisse concerne plus volontiers la chirurgie fonctionnelle, notamment de l'incontinence urinaire et du prolapsus et moins fréquemment la chirurgie carcinologique.



LA PRÉVENTION DU RISQUE MÉDICO-LÉGAL REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LA QUALITÉ DE LA FORMATION DU PRATICIEN, SUR LA QUALITÉ DE L'INFORMATION DÉLIVRÉE AU PATIENT EN AMONT, SUR LA MAÎTRISE DE LA TECHNOLOGIE ET L'EXPÉRIENCE DU CHIRURGIEN

Toutefois, la cartographie Branchet 2023 des risques montre que la prise en charge infectiologique par l'urologue doit être améliorée, de même que le respect des protocoles d'antibioprophylaxie.

Il apparaît tout au moins en France que l'utilisation de nouveaux dispositifs chirurgicaux n'a pas modifié la sinistralité. La chirurgie robot-assistée s'est développée dès le début des années 2000, mais d'abord de façon relativement confidentielle dans quelques équipes expertes, puis beaucoup plus largement. Cette voie d'abord n'a fait l'objet d'une première condamnation qu'en 2016, non pour un dysfonctionnement du robot, mais pour une procédure robotique anormalement longue et pour un « maniement hésitant par l'opérateur » (Cour administrative d'appel du 29 sept 2016). Une enquête réalisée en 2013¹² dans 69 centres français de chirurgie robotique avait d'ailleurs montré que 3/4 des cas d'erreurs multifactorielles et d'événements indésirables graves survenaient pendant la courbe d'apprentissage ou étaient liés à des cas complexes.

Toutefois, aux Etats Unis, l'analyse récente de la base de données Westlaw¹³ montre que les réclamations pour faute professionnelle impliquant la chirurgie robotique ont augmenté de plus de 250% au cours des 7 dernières années par rapport aux 7 années précédentes. Les spécialités concernées sont l'obstétrique/gynécologie (48,9%) singulièrement pour

l'hystérectomie, puis la chirurgie générale (28,9 %) et l'urologie (15,6 %). On estime que la prostatectomie totale représentait 43,8% des mises en cause entre 2006 et 2013 et seulement 11,1% pour la période 2014-2021. Dans cette étude, un défaut de consentement éclairé et d'information par rapport aux risques spécifiques de la chirurgie robotique est cité dans 30% des cas de litiges. En France, les documents consensuels de consentement éclairé et les fiches d'information-patient de l'AFU sont très largement utilisés par les urologues et tracés dans les dossiers des patients.

La prévention du risque médico-légal repose essentiellement sur la qualité de la formation du praticien, sur la qualité de l'information délivrée au patient en amont, sur la maîtrise de la technologie et l'expérience du chirurgien. Raison pour laquelle il est essentiel que chaque praticien se mette en capacité d'évaluer ses propres résultats pour les exposer à ses patients plutôt que de s'approprier ceux de la littérature scientifique.

12. ANSM. Bilan de l'enquête concernant les robots chirurgicaux Da Vinci de la société Intuitive Surgical à destination des professionnels de santé. 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/rapport_robot_vd.pdf

13. Medical malpractice in robotic surgery: a Westlaw database analysis.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35554817/>

Figure 24.

Analyse comparative de la conformité des différents facteurs de mises en cause entre la chirurgie urologique et l'ensemble des spécialités du bloc opératoire (période 2018 - 2022)

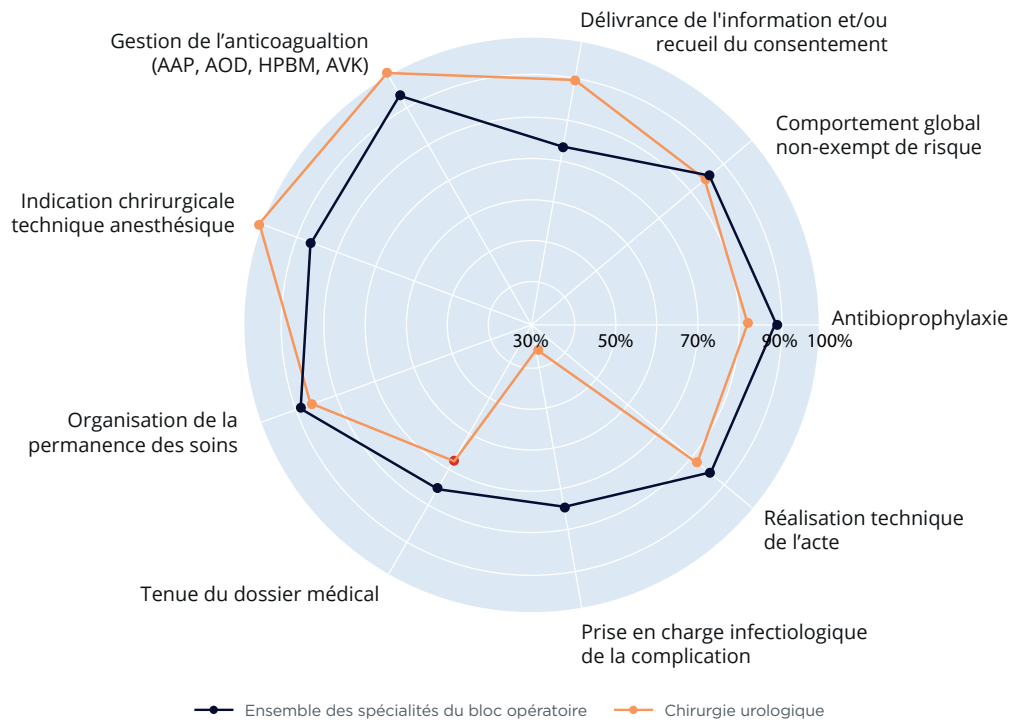
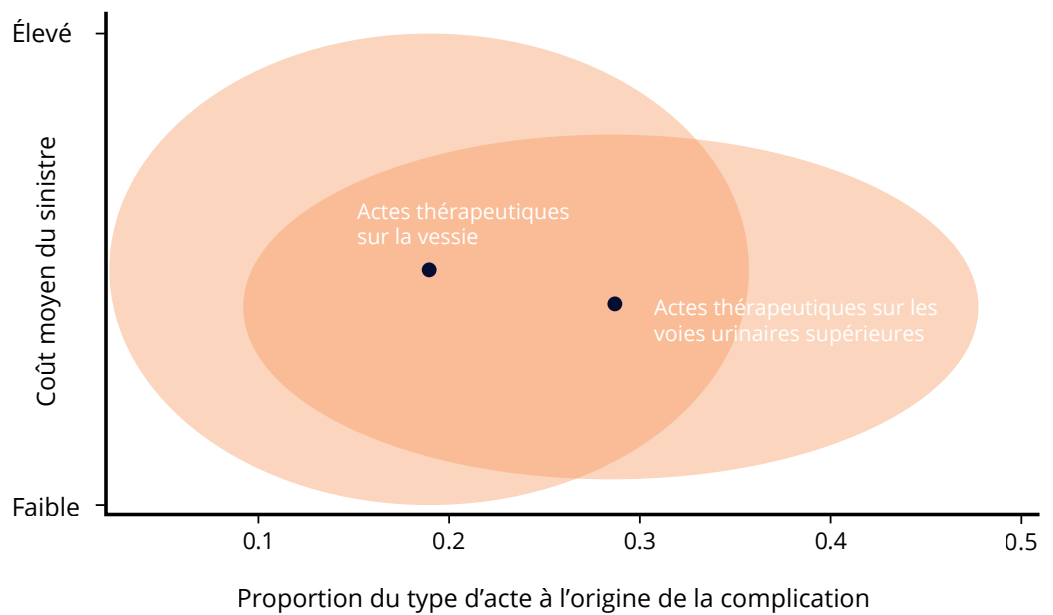


Figure 25.

Chirurgie urologique, groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause par coûts moyens associés sur la période 2018-2022



1.3 Indemnisations – Poursuite de la tendance haussière

PERRINE BOUVY
Directrice Défense
et Indemnisation
de Branchet (Meylan)

Les sinistres les plus lourds ont en effet connu ces dernières années une croissance très importante dans leurs évaluations (provisionnement) et/ou dans leurs indemnisations finales (condamnations judiciaires ou indemnisations à l'amiable). Ces hausses sont dues aux augmentations des barèmes judiciaires pour les différents postes de préjudices de la nomenclature Dintilhac et également à la hausse constante tous les deux ans des capitaux constitutifs de la Gazette du Palais (pour les coûts futurs capitalisés) du fait du choix de taux d'actualisation à la baisse au cours des dernières années (0 % et -1 % dans la Gazette du Palais 2022).

Les évaluations des sinistres incluent non seulement les préjudices temporaires et permanents des patients (selon la nomenclature Dintilhac), mais également les débours des organismes de sécurité sociale. En effet en cas de responsabilité du praticien, les assureurs sont amenés à régler toutes les dépenses de santé imputables à l'acte de soins en cause, incluant notamment les frais d'hospitalisation, les dépenses de santé actuelles et futures, les éventuelles indemnités journalières et rentes invalidité, etc.

Ces évaluations des débours des organismes sociaux sont un poste très important dans l'évaluation globale des sinistres.

Pour les dossiers clos sur la dernière période 2018-2022, la tendance, toutes spécialités du bloc opératoire confondues se poursuit s'agissant du coût moyen global des sinistres (indemnités payées aux patients et aux organismes de sécurité sociale). Nous notons tout de même une certaine stabilité du coût global sur les années 2021 / 2022.

Le coût moyen des indemnités versées aux organismes sociaux est en constante hausse depuis 2010 (cf. courbe de la créance de la CPAM).

Le barème de capitalisation de la Gazette du Palais 2022 - qui tient compte de l'espérance de vie et de l'inflation - affiche des valeurs bien plus élevées pour cette dernière édition, ce qui va encore accentuer l'augmentation des indemnisations allouées par les tribunaux dans les années futures.

Ce barème de capitalisation est réévalué tous les deux ans et permet de calculer les frais futurs à régler dans le cadre de procédures d'indemnisation, comme notamment le poste de l'assistance tierce personne, en multipliant le coût annuel par un indice de capitalisation, avec pour l'édition 2022 un taux d'actualisation compris entre -1% et 0% (sur la base des tables de mortalité INSEE et prenant également en compte la résurgence de l'inflation).

Il ressort de l'analyse de l'évolution des taux fixés par la Gazette du Palais (GP) au fil du temps - en prenant en compte les éditions 2018, 2020 et 2022 - une augmentation importante de la valeur de l'euro de rente viagère. Par exemple, pour un homme de 53 ans à la consolidation, la valeur de l'euro de rente viagère a augmenté de 34 % entre les valeurs de la GP 2018 et celles de la GP 2022.

Après une baisse entre 2019 et 2021 du pourcentage des dossiers clos indemnifiés au-delà de 500 000 €, ce taux



**APRÈS UNE BAISSÉ ENTRE 2019 ET 2021
DU POURCENTAGE DES DOSSIERS CLOS
INDEMNISÉS AU-DELÀ DE 500 000 €,
CE TAUX A DE NOUVEAU AUGMENTÉ
EN 2022 POUR QUASIMENT ATTEINDRE
LE PIC D'INDEMNISATION DES DOSSIERS
CLOS EN 2018**

1. PANORAMA COMMENTÉ DE L'ÉVOLUTION DE LA SINISTRALITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE

a de nouveau augmenté en 2022 pour quasiment atteindre le pic d'indemnisation des dossiers clos en 2018. Il y a eu en effet moins de dossiers réglés à plus de 500 000 € clos en 2019, 2020 et 2021 comparé à l'année 2022.

Dans le coût moyen des indemnisations, le poids des sinistres relatifs aux garanties subséquentes* sur la charge sinistre d'un exercice s'établit en moyenne à environ 11% pour les sinistres courants. (*garantie subséquente : période de garantie de cinq ou dix ans selon les cas, mobilisée après la résiliation du contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP) pour cessation d'activité, retraite ou changement d'activité ou de statut - libéral ou public - et donc sans versement de prime d'assurance sur cette période de garantie subséquente de cinq ou dix ans).

A noter que les praticiens ayant modifié leur activité, décidé d'exercer à l'étranger ou pris leur retraite, ne sont plus dans l'établissement dans lequel s'est produit l'acte à l'origine de la mise en cause et peuvent avoir parfois plus de difficultés

à récupérer les pièces médicales utiles à leur défense.

Ils sont aussi parfois moins disponibles ou en dehors du territoire, et par conséquent ne sont pas présents à l'expertise, leur absence pouvant être préjudiciable.

L'impact des garanties subséquentes attachées aux contrats d'assurance de RCP n'est donc pas négligeable. Il s'agit d'un facteur supplémentaire expliquant la hausse des coûts des mises en cause.

De manière générale, l'évolution à la hausse des provisions et indemnisations se poursuit.

Les sinistres les plus lourds, évalués à plus d'un million d'euros relatifs à la période 2010 à 2017 (ayant donc un peu d'ancienneté), ont vu leur coût global augmenter de 15% entre leur vision à fin 2020 et leur vision au premier semestre 2023 (prenant donc en compte les barèmes judiciaires 2022 et les taux d'actualisation de la Gazette du Palais 2022).

Figure 26. évolution du montant moyen des indemnités versées par exercice de clôture, parmi les dossiers indemnifiés

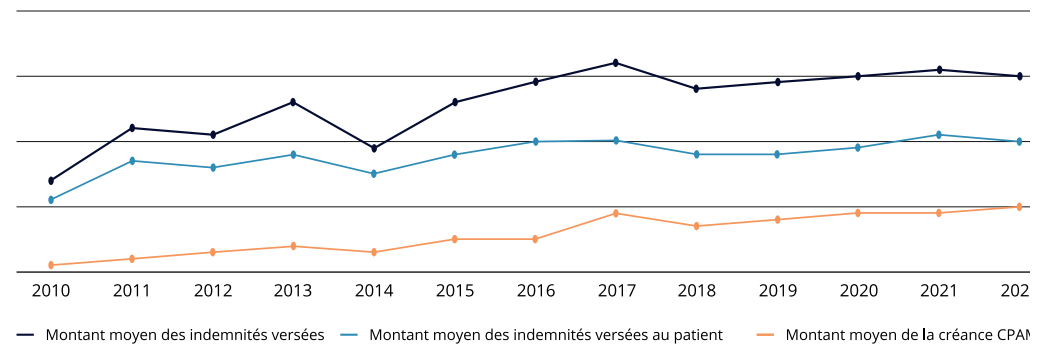
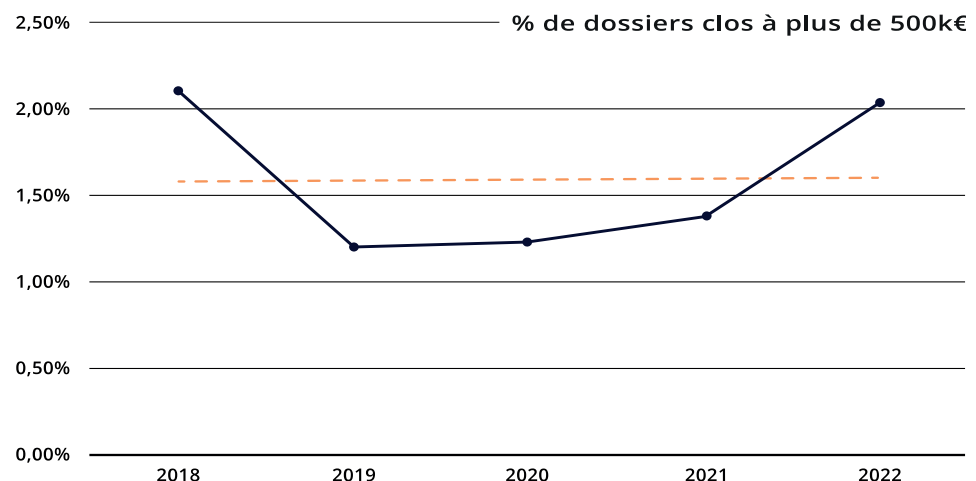


Figure 27. Évolution de la proportion des dossiers clos à plus de 500k€ chez Branchet, toutes spécialités confondues, depuis 2018, par année de clôture



1.4 L'analyse de la sinistralité et nos propositions d'accompagnement personnalisées : comprendre pour agir

A chaque mise en cause de l'un de nos 7 000 assurés, nos médecins conseils procèdent à une analyse du dossier selon la méthode Alarm. Toutes ces analyses, plus de 30 000, sont archivées au fur et à mesure et nous permettent d'avoir une vision en temps réel de l'évolution des risques présentés par l'ensemble des praticiens que nous assurons, que ce soit individuellement, par spécialité ou toutes spécialités confondues.

A titre individuel, nous sommes donc en mesure de présenter à chaque praticien qui le souhaite son « profil de risque » comparé. Nous développons également des modèles de plus en plus prédictifs, et une vigilance particulière de certains marqueurs révélateurs de grandes tendances. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence qu'une fréquence élevée sur une période donnée se poursuivra en l'absence de modification des pratiques, ou que l'exercice en groupe chez les chirurgiens semble diminuer de moitié le risque.

L'évolution des résultats que nous présentons nous incite à accompagner nos clients de façon toujours plus personnalisée. Il nous paraît en effet très important que nos assurés aient accès en permanence aux informations quantitatives sur la fréquence et la gravité de leurs sinistres et sur les moyens d'y remédier. Nos adhérents peuvent ainsi toujours compter sur notre soutien pour identifier les axes d'amélioration et les mettre en œuvre.

En ce sens, nous avons élaboré un circuit de Prescriptions Post Expertise (PPE) après chaque mise en cause.

En premier lieu, un premier débriefing « à chaud », au sortir de l'expertise, a lieu entre le praticien, son avocat et son médecin conseil. Par la suite, notre assuré recevra de la documentation relative aux différents points d'amélioration observés au décours de son dossier ou de l'analyse de sa pratique en général. Il pourra également se voir incité à participer à certaines formations ou communications proposées par Branchet Solutions. Dans certains cas, nous pouvons juger opportun de proposer un accompagnement personnalisé in situ. Nous mandatosons alors un médecin conseil qui vient à la rencontre de son confrère afin d'analyser avec lui ses différentes mises en cause, mais également se rendre compte de ses conditions de travail et des différents facteurs techniques ou humains pouvant avoir favorisé leur survenue. Cet échange généralement très apprécié est l'occasion d'une prise de conscience, et de définir un plan d'action qui sera suivi dans le temps.

Sur la dernière année, près de 400 Prescriptions Post Expertise ont été émises, et plus de 50 accompagnements personnalisés avec des résultats individuels souvent très encourageants.

Ainsi... il n'y a pas de fatalité !



**L'ÉVOLUTION DES RÉSULTATS
QUE NOUS PRÉSENTONS NOUS INCITE
À ACCOMPAGNER NOS CLIENTS
DE FAÇON TOUJOURS
PLUS PERSONNALISÉE.**

MATHILDE VILLET
Responsable Gestion
des Risques de Branchet
Solutions (Meylan)



Pour aller plus loin
Nos formations
Branchet Solutions



Nos ressources
documentaires





PARTIE 2

Nouvelles pratiques d'exercice médical, nouveaux risques

Dans un contexte d'accroissement des maladies chroniques et de manque de ressources humaines, certains professionnels de santé se sont différenciés de l'exercice libéral traditionnel. Ils ont choisi de regrouper leurs activités, autour d'un organe ou d'une spécialité, avec une coordination faite par des équipes médicales et paramédicales, spécialisées dans les organes / pathologies ciblées, et partageant un même projet de soin.

Ces regroupements de spécialistes ont pour mission de contribuer à l'amélioration des parcours et de la qualité des soins délivrés.

Ces structures sont construites avec un objectif d'efficacité : des économies sont attendues, aussi bien à court terme et à long terme dans une logique de prise en charge en coût complet (baisse des récidives, meilleure rééducation, etc.).

Certains établissements, adoptent une approche innovante et centrée sur le patient, et permettent ainsi un meilleur accès aux soins. En incluant les patients dans la recherche clinique, cela leur garantit un accès plus privilégié aux traitements de pointe.

Bien que la valeur ajoutée de ces nouveaux modes d'exercices soit claire, des risques inhérents à leur création

et à leur gestion sont importants à considérer.

En parallèle des médecins, les patients ont également modifié leur manière d'accepter un diagnostic ou une décision médicale / thérapeutique. La demande d'un second voire d'un troisième avis est aujourd'hui devenue chose courante, et ne se limite plus aux pathologies complexes. Des plateformes internet ont émergé et proposent des seconds avis dématérialisés.

Nous avons choisi de développer dans cette partie 2 exemples de regroupements de pratiques - le Centre Cœur et Santé et l'Institut MICI - ainsi que la démocratisation de la demande de second avis médical.

DR DANY MARCADET
cardiologue du Centre Cœur
et Santé (Paris),
Porteur du projet SLL

2.1 Centre Cœur et Santé

Le Centre Cœur et Santé est un bon exemple de regroupement de professionnels de santé. Ouvert en 2019, il regroupe une équipe médicale et paramédicale (secrétaires, infirmières, aide-soignante, éducateurs thérapeutiques, kinésithérapeutes, éducateur sportif, diététicien, psychologue, médecin nutritionniste, addictologue) et a développé une activité dédiée aux pathologies cardiaques :

- Réadaptation cardiovasculaire
- Cardiologie générale
- Cardiologie du sport

Le Centre Cœur et Santé est l'une des 3 structures libérales légères (SLL) autorisées à mener une expérimentation « article 51 » pour la rééducation des coronariens et des insuffisants cardiaques.

Avec ces projets, des économies sont attendues à court terme (liées à l'offre de soin plus étendue permettant d'accueillir plus de patients pour un coût moindre) et pour un résultat identique aux soins médicaux de réadaptation (réduction de la mortalité et récurrence des syndromes coronaires aigus).

Cependant, la mise en place et la gestion de ces centres restent complexes et impliquent un grand nombre de parties prenantes. Les nouvelles modalités de prise en charge peuvent exposer à des risques médicaux non encore connus et des responsabilités plus difficiles à définir. Il est capital pour ces structures d'être assurées par un seul assureur capable de comprendre leurs besoins et de couvrir l'ensemble de leurs activités.

DR DANY MARCADET
cardiologue du Centre Cœur
et Santé (Paris),
Porteur du projet SLL

2.2 Institut MICI

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) touchent de plus en plus de personnes à tous les âges, avec des répercussions dans leurs vies sociales et professionnelles. Les patients devraient pouvoir bénéficier aujourd'hui de structures dédiées uniquement aux MICI pour optimiser leur prise en charge.

L'institut des MICI a été créé à la fin 2022 par une équipe hospitalo-universitaire spécialisée dans les MICI dans un groupe hospitalier privé à Neuilly-sur-Seine. L'objectif de cet institut innovant est de promouvoir dans un seul lieu non seulement les soins et la recherche, mais aussi d'informer et d'éduquer sur les MICI. Il rassemble des professionnels de santé aguerris aux MICI (gastro-entérologues, chirurgiens colorectaux, infirmiers,

nutritionnistes...) dans une structure souple et adaptative, afin d'apporter aux patients une personnalisation et une originalité des parcours de soins. Enfin, la participation active des patients à la recherche clinique leur permet d'accéder aux traitements innovants. Cet institut des MICI constitue ainsi un nouveau modèle de prise en charge multidisciplinaire des patients en médecine libérale.

2.3 L'intérêt d'un second avis médical

DR FRÉDÉRIC SAILHAN
Directeur du pôle
de chirurgie orthopédique
de Branchet (Paris)

La demande d'un deuxième, voire d'un troisième avis médical, est devenue chose courante aujourd'hui. Autrefois réservé aux pathologies les plus complexes, le recours au deuxième avis s'est démocratisé.

Le bien-fondé et l'intérêt de ces « deuxièmes avis » ont déjà été démontrés dans la littérature anglo-saxonne. L'avis d'un deuxième expert entraîne une modification du diagnostic dans 15% des cas, de la proposition thérapeutique dans 37% des cas et des deux (diagnostic et traitement) dans 11% des situations¹⁴. À titre exemple, des études ont montré que les conclusions d'un second avis étaient différentes du premier dans 35% des cas de patients pour lesquels une chirurgie vertébrale était envisagée¹⁵ et dans 20% des patients pour lesquels un cancer du sein devait être pris en charge¹⁶. En oncologie, à l'hôpital de Cleveland, les médecins ont constaté que lorsque les patients recevaient un deuxième avis, 28% des diagnostics initiaux étaient modifiés¹⁷.

La recherche d'un deuxième avis entre dans les habitudes de nos patients avant de s'engager dans une intervention chirurgicale à but fonctionnel, vital ou esthétique. En orthopédie et en chirurgie du rachis, nous constatons dans notre pratique courante que des patients, de mieux en mieux informés, consultent auprès de deux parfois trois praticiens pour discuter aussi bien de la pertinence de l'indication opératoire que de la technique en elle-même ou du matériau choisi. Une étude prospective menée pour analyser le bien-fondé de la prise en charge chirurgicale de pathologies vertébrales dégénératives a montré que la prise en compte d'un deuxième avis entraînait une diminution significative du nombre d'interventions chirurgicales (jusqu'à 50%)¹⁸.

Autrefois réservé aux pathologies les plus complexes, ce recours au deuxième avis se démocratise au cas les plus courants, pouvant parfois donner au praticien consulté le sentiment d'être un prestataire de service choisi (ou non) parmi d'autres.

Des plateformes internet proposent également des deuxièmes avis dématérialisés. Cet outil facilite notamment l'accès à des spécialistes éloignés géographiquement, particulièrement intéressant pour des zones sous-peuplées en professionnels de santé. Le service rendu semble aussi réel bien qu'il faille rester prudent et garder la réserve nécessaire au sujet d'un avis donné à distance auprès d'un patient non examiné et non interrogé, avec pour seul élément d'analyse les documents d'imagerie, les comptes rendus ou les réponses à des questionnaires.

Ainsi, la littérature montre que le principe d'un deuxième avis médical semble être pertinent aussi bien pour conforter le patient dans la proposition thérapeutique qui lui a déjà été faite que pour modifier un diagnostic, adapter un traitement ou parfois remettre en cause la pertinence d'une intervention chirurgicale.



**L'AVIS D'UN DEUXIÈME EXPERT ENTRAÎNE
UNE MODIFICATION DU DIAGNOSTIC
DANS 15% DES CAS, DE LA PROPOSITION
THÉRAPEUTIQUE DANS 37% DES CAS
ET DES DEUX (DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)
DANS 11% DES SITUATIONS**

14. NIH. Obtaining a second opinion is a neglected source of health care inequalities. 2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6335699/>
15. NCBI. Second opinion for degenerative spinal conditions: an option or a necessity? A prospective observational study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28818047/>
16. NCBI. The value of a second opinion for breast Cancer patients referred to a National Cancer Institute (NCI)-designated Cancer center with a multi-disciplinary breast tumor board. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6132422/#:~:text=A%20review%20by%20an%20MTB,diagnostic%20impact%20for%20many%20patients.>
17. Market watch. Face your fears: When and how to get a second opinion after a diagnosis. 2022 https://www.marketwatch.com/story/face-your-fears-when-and-how-to-get-a-second-opinion-after-a-diagnosis-11668202802?mod=mw_latestnews
18. Lenza M., Buchbinder R., Staples M.P. Second opinion for degenerative spinal conditions: an option or a necessity? A prospective observational study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):354.



PARTIE 3

Nouvelles technologies, nouveaux risques

Le monde de la santé, en constante transformation, s'adapte aux avancées avec des modifications dans les pratiques médicales et dans les organisations. Bien que porteuses de promesses et motifs d'espoirs, les innovations ainsi que les incertitudes qui lui sont inhérentes doivent être appréhendées avec une grande précaution, en particulier dans l'industrie de la santé. Nous avons choisi de traiter dans cette partie certains aspects innovants, avec un point de vue analytique d'anticipation et de prévention, en nous basant sur notre expertise et sur des retours d'expérience.

3.1 Intelligence Artificielle : essor, nouveaux risques et applications récentes

L'essor de l'Intelligence Artificielle (IA)

Si la robotique et l'IA sont souvent distinguées comme deux aspects des nouvelles technologies, la chirurgie est une discipline où robots et IA convergent. Ces avancées technologiques rendent de nombreuses techniques traditionnelles obsolètes, et permettent des approches chirurgicales de moins en moins invasives tout en respectant les principes fondamentaux de la chirurgie classique.

Les aspects les plus spectaculaires de l'IA sont le développement des clones virtuels et l'automatisation de

certaines tâches. Les clones permettent d'imaginer la médecine prédictive et l'éducation chirurgicale personnalisée. Ces éléments n'ont aujourd'hui que peu d'incidence dans la sinistralité en assurance.

A l'inverse, **l'automatisation ou le recours au numérique pour certaines tâches auront un impact direct dans la mise en cause de certains opérateurs**. On peut citer comme exemple la possibilité actuelle d'analyse des images médicales et vidéo opératoires avec reconnaissance des pathologies, des éléments anatomiques ou plus largement des « scènes chirurgicales » par IA¹⁹. La réalité augmentée couplée au guidage GPS des

PR DIDIER MUTTER
Directeur du pôle de chirurgie viscérale et digestive de Branchet (Strasbourg)

19. Journal of the American college of surgeons. Promoting the critical view of safety for safe laparoscopic cholecystectomy: notes on awareness and correct implementation. 2022 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35703832/>

instruments permet d'accéder avec précision à une zone opératoire invisible avec les moyens optiques traditionnels, comme des tumeurs hépatiques centrales, ou des adénopathies de localisation profonde. Elle minimise les conséquences des actes chirurgicaux et on voit apparaître des réclamations concernant des actes invasifs non optimisés.

La question se pose en cas d'accident médical : quelle sera la part de responsabilité d'un chirurgien qui ne respecte pas ... ou respecte contre son impression première l'avis du système informatique ?

Aujourd'hui, l'IA est une aide à la décision médicale. Elle accompagne le développement de la robotique à laquelle elle est intimement liée. Demain, elle prédira les suites opératoires en intégrant les données pré- per- et post-opératoires²⁰. Là encore, les patients auront prochainement accès à ces données qui seront partie

intégrante de leur dossier médical et qui pourraient porter des revendications pour insuffisance de résultats thérapeutiques. En contrepartie, l'IA peut être un moyen d'améliorer l'information du patient, ainsi que de l'engager à être acteur de sa prise en charge grâce à l'IA qui permet le développement de nouvelles interfaces d'échanges entre lui et ses équipes soignantes.

Quels que soient son coût et ses contraintes, la chirurgie sera profondément modifiée par l'IA et les chirurgiens doivent impérativement et rapidement se l'approprier pour ne pas la subir au risque d'être rapidement dépassés par la technologie. Comme exemple, on ne conçoit aujourd'hui pas de chirurgie urologique avancée dans le cancer de la prostate sans chirurgie robotique, ce qui n'était pas encore le cas il y a moins de 10 ans.

PR ALAIN BLUM
Chef du pôle de radiologie
de Branchet (Nancy)

L'application de l'Intelligence Artificielle en radiologie

L'intégration de l'IA dans la radiologie offre de nombreuses perspectives d'amélioration du diagnostic, de la prise en charge des patients, de la prévention des maladies et finalement de la réduction de la sinistralité. Son introduction soulève néanmoins plusieurs aspects juridiques importants et ses risques médico-légaux

spécifiques doivent être pris en compte. Cependant, en l'absence de jurisprudence, les responsabilités engagées par un radiologue en cas d'utilisation d'un outil d'IA restent conjecturelles.

En cas d'erreur diagnostique du radiologue utilisant l'IA, de nombreux juristes estiment actuellement que le médecin radiologue reste seul responsable de sa décision finale, l'outil d'IA servant uniquement de support à la décision, ce qui permettrait en théorie à l'éditeur de l'outil de s'affranchir de toute responsabilité en cas de défaillance du logiciel. Les éditeurs d'IA établissent naturellement des contrats qui reportent la responsabilité sur le médecin²¹.

On peut cependant estimer qu'en cas de dépendance vis-à-vis de l'outil conduisant le radiologue à se fier exclusivement aux résultats de l'IA sans exercer son propre



**EN L'ABSENCE DE JURISPRUDENCE,
LES RESPONSABILITÉS ENGAGÉES PAR
UN RADIOLOGUE EN CAS D'UTILISATION
D'UN OUTIL D'IA RESTENT
CONJECTURELLES**

20. The Art and Science of Surgery. Artificial Intelligence and Surgical Decision-Making. 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286802/>
21. Zins M. Intelligence Artificielle (IA) et imagerie médicale : qui est responsable du diagnostic, l'homme ou la machine ? e-Bulletin SFR 2019. <https://ebulletin.radiologie.fr/e-quotidien-jfr-vendredi/intelligence-artificielle-ia-imagerie-medicale-qui-est-responsable-du>
22. Harvey B, Gowda V. Clinical applications of AI in MSK imaging: a liability perspective. *Skeletal Radiol* 2022; 51:235-238

jugement clinique, l'absence de garde-fou ou de précaution organisationnelle engage également la responsabilité de l'éditeur ou de l'installateur du logiciel. De même, si l'outil nécessite une phase d'apprentissage qui n'est pas respectée, la mise en place de l'outil pourrait conduire en cas d'accident à des responsabilités partagées²².

La situation devient également plus complexe si par exemple l'outil d'IA censé être un support pour le radiologue visait à se substituer à ce dernier. Par exemple, un outil de détection des fractures qui serait uniquement utilisé par les urgentistes, pourrait engager la responsabilité des radiologues, des urgentistes, de l'établissement (défaut d'organisation) et du vendeur de l'IA.

A contrario, un radiologue à l'origine d'une erreur diagnostic ou d'un défaut prise en charge, ne faisant pas appel à un outil d'IA alors que les données scientifiques démontrent l'amélioration des performances diagnostiques du radiologue qui en est muni, pourrait se voir reprocher une négligence, en ne se donnant pas les moyens d'aboutir à un diagnostic exact.

Par ailleurs, le radiologue doit s'assurer du respect de la confidentialité des données,

du recueil du consentement éclairé des patients à l'utilisation des outils d'IA et de la conservation des images sources et des images traitées ainsi que des métadonnées associées.

Enfin, l'utilisation d'une IA générative (chatGPT, Bard...) en radiologie présente des défis juridiques supplémentaires. Les IA génératives sont capables de générer de nouvelles données ou images qui peuvent ressembler à des données réelles, ce qui soulève des questions spécifiques en matière de responsabilité et de réglementation²³. À leur stade actuel, ces outils peuvent générer des résultats factuellement incorrects (appelés hallucinations). Le potentiel de tromper les médecins est amplifié par le fait que la plupart de ces IA utilisent des sources d'informations de manière opaque²⁴. En général, aucune liste de références n'est fournie et personne ne peut évaluer la fiabilité des informations utilisées pour générer les résultats. Lorsqu'elles sont fournies, ces références sont souvent insuffisantes ou ne soutiennent pas les résultats générés et sont parfois même totalement fabriquées²⁵. Il est néanmoins probable que de nouveaux développements permettent d'obtenir des résultats fondés sur des textes de références.

3.2 Le développement des boîtes noires

L'enregistrement vidéo et audio en continu au bloc opératoire gagne du terrain. D'abord adopté en Corée du Sud, il est utilisé dans certains établissements d'Amérique du Nord et du Canada.

Cette pratique fait peur aux soignants, mais est bien mieux acceptée par les

patients. Les craintes exprimées par les premiers sont l'utilisation qui pourrait en être faite en cas de plainte des patients mais également le respect de l'intimité et de la discrétion qu'on doit aux soignants du bloc opératoire. Quant aux seconds, ils se réapproprient une histoire qui leur appartient et qui jusqu'alors leur échappait.

PR HERVÉ BOUAZIZ
Directeur du pôle anesthésie-réanimation de Branchet (Nancy)

23. Mezrich JL. Is Artificial Intelligence (AI) a Pipe Dream? Why Legal Issues Present Significant Hurdles to AI Autonomy. *AJR* 2022; 219:152-156

24. Banja JD, Hollstein RD, Bruno MA. When Artificial Intelligence Models Surpass Physician Performance: Medical Malpractice Liability in an Era of Advanced Artificial Intelligence. *J Am Coll Radiol* 2022; 19:816-820

25. Baker SR, Whang JS, Luk L, Clarkin KS, Castro A 3rd, Patel R. The demography of medical malpractice suits against radiologists. *Radiology* 2013; 266:539-547

Ainsi, après le sport, les audiences de justice et l'aviation, le bloc opératoire pourrait être l'objet dans le futur du « Big Brother ».

Pourtant la présence de témoins assistant à des interventions chirurgicales ne date pas d'aujourd'hui. Rappelons-nous les amphithéâtres bondés d'étudiants au centre desquels se pratiquait une intervention chirurgicale ou bien encore cette épouse qui assistait à l'opération de son mari. Puis vint la chirurgie moins spectaculaire parce que banalisée, avec sa cadence plus rythmée et des règles d'hygiène qui ont été le prétexte pour limiter le nombre de « spectateurs » potentiels. La transmission de l'image et du son dans une salle distincte du bloc opératoire a permis aux étudiants de continuer à se former. L'avènement de la scopie (coelioscopie, thoracoscopie...) avec la possibilité de transmettre et d'enregistrer la procédure chirurgicale à des fins pédagogiques est aujourd'hui le seul œil extériorisable admis au sein de nos blocs opératoires mais reste limité à l'acte chirurgical.



LA RÉDACTION D'UNE CHARTE DÉCRIVANT LES CONDITIONS D'UTILISATION DES DONNÉES PARAIT INCONTOURNABLE.

Un enregistrement plus systématique qui engloberait l'ensemble de la salle d'intervention avec les équipes soignantes et les paramètres vitaux du patient représente une étape supplémentaire dans l'intrusion d'autrui au bloc opératoire. La faisabilité d'une telle installation a été validée par de nombreuses études, même s'il ne faut pas mésestimer le coût économique d'une telle mise en place. Globalement les enquêtes montrent une réticence des soignants et un accueil plutôt favorable des patients à l'égard de ce projet.

L'idée même de cette technologie embarquée en salle interventionnelle pose des questions non résolues à ce jour mais qui devront trouver une réponse acceptable pour le plus grand nombre.

Le patient étant le plus légitime à demander les enregistrements, il faut décider ce qui lui est restitué, à savoir tout ou partie de l'enregistrement. La représentation qu'il se fait de la salle d'opération et des échanges qui s'y tiennent risque d'être malmenée par la vue du sang, le constat de conversations déconnectées de l'intervention en cours ou du patient lui-même ou encore par la découverte qu'un apprenant assiste à l'intervention.

La question de savoir qui est détenteur de l'enregistrement (le patient légitime ? l'établissement ? ...) et combien de temps celui-ci doit être conservé sont également des interrogations naturelles.

Un autre aspect relève de la discrétion et l'intimité du patient mais également des soignants qui doivent être respectées. Un droit à l'enregistrement sera recueilli pour les soignants et le patient qui devront signer un consentement éclairé. Dans l'hypothèse selon laquelle un des soignants refuserait l'enregistrement doit-on le flouter ou se résigner à ne pas enregistrer l'intervention ? Qu'en est-il de certaines techniques (chirurgicales ou anesthésiques) novatrices parfois nécessaires et utiles ? Doit-on aller vers une uniformisation qui risque de ne leur laisser aucune place ? Quel sera le retentissement d'une telle présence en salle d'opération ? Cela risque-t-il de créer du stress sur les équipes qui se savent filmées et enregistrées ?

Quelle en sera l'utilisation en cas de plainte du patient ? Cette question est souvent mise en avant par les équipes interrogées, la crainte que cet enregistrement puisse être utilisé dans l'intérêt du patient et non celui des soignants sous-tend cette interrogation légitime.

Une fois que toutes ces questions auront trouvé des réponses, l'installation de cette « black box » nécessitera une préparation des personnels à travers l'organisation de réunions pour leur permettre de poser toutes les questions qu'ils jugent nécessaires, condition sine qua none à la réussite de son implémentation. De même la rédaction d'une charte décrivant les conditions d'utilisation des données paraît incontournable.

Quelques éléments de réflexion sont à apporter au débat : lorsque le dossier médical est correctement renseigné, l'enregistrement vidéo et audio n'a aucune raison d'être requis par le juge. Une législation devra préciser l'utilisation de ces données. Plus souvent, l'enregistrement vidéo protège les soignants plutôt qu'il ne les charge.

Les distractions au bloc opératoire, qui sont délétères lors de phases dites critiques, sont très fortement réduites par l'utilisation d'une boîte noire et en premier lieu desquels les comportements déviants de certains individus.

Les sinistres pourraient être réduits en fréquence par l'utilisation de ce système, qui pourrait être adopté sur la base d'un volontariat dans les établissements ayant politique de gestion des risques bien éprouvée et pourraient devenir un critère de choix par les patients.

Je suis persuadé que cette technologie fera demain partie de notre quotidien, encore faut-il se préparer à ce bouleversement dans notre pratique quotidienne en tant que soignants.

A ce stade, il est important de préciser que l'utilisation des données à des fins éducationnelles est de loin la raison la plus fréquente qui justifie le visionnage des enregistrements.

3.3 Le risque cyber en informatique : Chiffres clés et conduite à tenir en cas d'attaque

Le risque cyber en Santé

Une cyber-attaque se définit comme une intrusion, une attaque par rançongiciel ou une attaque par déni de service, avérées dans un système d'information, avec des conséquences organisationnelles et/ou financières.

Leurs conséquences peuvent être divisées en 3 types de coûts :

- Les coûts directs (44%) représentent les coûts de la main d'œuvre ayant travaillé à la résolution de la crise (équipe informatique, avocats, etc.)
- Les coûts de rançon (44%) correspondant au montant payé par la victime
- Les pertes de productivité (12%) dues à l'interruption de l'activité

En 2022, le coût des cyberattaques pour les organisations privées et publiques françaises est estimé à 2 milliards €.

Chaque année le nombre d'établissements de santé victimes de cyberattaque ne cesse de croître. Rien qu'en 2022 plus de 15 établissements de santé publics et privés ont subi au moins une attaque d'envergure.

Ces attaques paralysent leur activité, mettent en péril la prise en charge des patients et compromettent la confidentialité de leurs données médicales.

De nombreux praticiens sont également victimes de cyberattaques aux conséquences très impactantes :

- demande de rançon
- suspension d'activité et pertes d'honoraires
- frais de sécurisation et de remise en état du système d'information
- frais d'avocat et de conseil
- frais de notification à la CNIL et aux patients.

JEAN-CÉDRIC RENALDO
Responsable du service
souscription de Branchet (Lyon)



2 milliards d'euros

C'est le coût des cyberattaques pour les organisations privées et publiques françaises en 2022.

3. NOUVELLES TECHNOLOGIES, NOUVEAUX RISQUES

Lorsqu'une cyberattaque survient, il est crucial de prendre des mesures rapides et efficaces pour limiter les dommages potentiels et protéger les données. Voici les actions à entreprendre et les délais associés :

1. Toute violation de données personnelles présentant un risque pour les droits et libertés des personnes doit être notifiée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans les 72 heures de sa découverte.
2. Si la violation présente un risque élevé pour les droits de la personne concernée cette notification doit s'accompagner d'une information aux patients susceptibles d'être concernés par le vol de données, notamment si des

informations permettent de l'identifier, comme son visage ou des détails spécifiques au dossier médical.

3. Pour que les dommages soient pris en charge par l'assureur, il est désormais nécessaire de déposer une plainte dans les 72 heures suivant la découverte de l'attaque (loi LOPMI - Loi de Programmation Militaire pour la Sécurité et la Protection des Renseignements). Cette plainte doit être déposée auprès des autorités compétentes (police, gendarmerie, procureur, etc.).

Branchet Assistance
04 85 85 85 85



TÉMOIGNAGE

L'expérience du Docteur Richard ABS, chirurgien plasticien à Marseille, victime de deux attaques en seulement six mois montre que toutes les structures de santé peuvent être touchées. Face à ces attaques, l'activité de son cabinet fut arrêtée, sans équivoque. La structure entière a été contrainte de revenir aux anciennes méthodes de gestion pour continuer à prendre en charge ses patients. Dans cette entrevue, il a accepté de se prêter au jeu de questions/réponses et témoigne de son expérience et de son ressenti.

DR RICHARD ABS
Chirurgien plasticien (Marseille)

Comment s'est passé ce piratage (arrivée au bureau, découverte de l'intrusion, consultation, etc.) ?

J'ai subi deux piratages, le premier était à ma reprise après les vacances d'été et le suivant après les vacances de fin d'année, à quatre mois d'intervalle et avec à chaque fois le même scénario : écran bloqué avec un message m'informant du cryptage de mes données et une demande de rançon en cryptomonnaie. Bien sûr, cela met le système informatique en arrêt complet (agenda, prise de rendez-vous, programme opératoire, etc) obligeant au retour à l'ancien système du papier-crayon, le temps que l'informaticien récupère les données de la sauvegarde et remette le réseau en état de fonctionnement.

Quelles ont été vos sensations au moment de la découverte du piratage (premières questions, gestion du stress, etc.) ?

C'était la sidération. On imagine que cela n'arrive qu'aux autres et surtout aux grosses structures ou celles à importance stratégique (le Sénat, les Hôpitaux, ..); puis passé ce moment de révolte, on se met à l'action, double en réalité : informatique de récupération des données et juridique (plainte, information à la CNIL, etc.).

Quelles ont été les répercussions sur votre journée / période de blocage ?

Dans les deux cas, c'était un retour aux anciens moyens du papier-crayon et une période de remise en état qui dure entre deux à trois jours.

Qu'attendez-vous d'un assureur dans ce genre de situation, et en particulier comment Branchet vous a aidé ?

L'assureur est un soutien majeur dans cette épreuve. Sur le plan juridique, il nous éclaire sur les démarches obligatoires à mettre en place et sur le plan informatique, les moyens de prévention à adopter pour se prémunir, autant que faire se peut, du risque d'une nouvelle cyberattaque. Grâce au contrat d'assurance cybersécurité, Branchet a joué son rôle de soutien, de conseil et de suivi dans la structuration et la protection du système informatique de mon cabinet.

Quelles leçons tirez-vous de cette expérience et quels seraient vos conseils pour prévenir et/ou gérer ce risque ?

En premier lieu, prendre un contrat d'assurance de cybersécurité. Personne n'est à l'abri et de plus en plus de compagnies et de structures, même les plus modestes, sont victimes de cyberattaques. Ensuite, il y a des attitudes de bon sens : utiliser un anti-virus, le mettre à jour s'il y a lieu, changer régulièrement les mots de passe, ne pas ouvrir les pièces-jointes des e-mails d'expéditeur inconnu, sensibiliser son personnel au cyber-risque, réaliser régulièrement des sauvegardes de ses données (sur place et/ou à distance).



PARTIE 4

La nécessité de prendre en compte le facteur humain

Dans une ère où la recherche de performance prend une place de plus en plus grande dans les structures et les organisations, Branchet met une attention particulière à garder l'humain, qu'il soit médecin ou patient, au centre de ses réflexions stratégiques et de son accompagnement.

En effet, certaines situations comme le burn-out des médecins ou encore le manque de compétences non techniques « soft skills », ont un impact sur la survenue d'erreurs médicales. Afin d'accompagner les médecins pour faire face à ce type de situations, Branchet propose à ses adhérents des solutions développées par Branchet Solutions :

1. Une assistance H24 7 jours sur 7 dans le médico-légal, l'infectiologie, le juridique. Cette assistance orale peut être renforcée par un conseil écrit en cas de besoin, accompagnant de façon plus efficace encore les praticiens ou leurs préposés pour un exercice serein
2. La Formation, avec deux innovations majeures : le renforcement des compétences ne relevant pas de technique médicale, comme le facteur humain ou le cyber, avec des sessions accessibles aux personnels des établissements ou réalisées spécifiquement pour les jeunes installés, et des techniques d'avant-garde pour

l'enseignement : réalité virtuelle, boîtes noires couplées à l'intelligence artificielle...

3. Le Digital, avec des solutions élaborées avec des éditeurs de logiciels de premier plan comme Tessi pour le consentement éclairé ou Nouveal pour le suivi post opératoire, dont le service rendu en matière de sécurité du patient est évalué avant et après déploiement
4. L'amélioration des connaissances en matière de gestion des risques, avec une bibliothèque de documents élargie à toute la production de Medpro pour les adhérents Branchet, et l'incitation systématique à des mesures correctrices par suite d'expertise

PR LAURENT OBERT
Chef du pôle de chirurgie
orthopédique (du membre
supérieur) de Branchet
(Besançon)

4.1 Point sur le burn-out des médecins

Le burn-out est défini comme un « phénomène professionnel » caractérisé par un épuisement physique et émotionnel, une dépersonnalisation, un détachement, accompagnés de sentiments d'inefficacité et de manque d'accomplissement²⁶.

Parce que les taux de burn-out augmentent toujours un peu plus dans les secteurs de la santé et au sein des équipes médicales, il est de plus en plus urgent de les détecter et de les éviter. Nous semblons traverser en effet une période lourde qui met à mal notre bien-être. Mais qu'est-ce que le bien être ? Défini par Ryan et Deci voici plus de 20 ans, le bien être rassemble 3 paramètres : la maîtrise, l'autonomie et la finalité. Ces 3 paramètres sont clairement définis :

La maîtrise : seule l'implication permet d'acquérir la maîtrise, c'est-à-dire de devenir meilleur dans un domaine important. Or la recherche de la maîtrise, devenue essentielle, obéit à trois règles particulières :

- Elle est un état d'esprit : elle requiert la capacité d'envisager ses propres possibilités comme étant non pas finies mais infiniment améliorables,
- La maîtrise suppose des efforts, des difficultés et une pratique délibérée,
- La maîtrise est une asymptote : elle est impossible à atteindre entièrement si bien qu'elle comporte à la fois un côté frustrant et un côté attirant.

L'autonomie : les individus ont besoin d'être autonomes dans leurs tâches (dans ce qu'ils font) par rapport au temps (à quel moment ils le font), en termes d'équipe (avec qui il le font) et par rapport à la technique (comment ils le font).

La finalité : il est dans la nature humaine de trouver un sens à ce que l'on fait, un but qui dépasse notre propre condition. Le soin est par définition quelque chose de plus grand que soi.

Pendant et au décours de la pandémie, ce bien être a été sérieusement mis à mal dans ces 3 composantes avec une grande perturbation de la maîtrise et de l'autonomie (changements brutaux du quotidien - aliénation à l'informatique entre autres) et de la finalité (perte de sens et conflit de valeurs dans les métiers de la santé - on ne peut plus tout à fait soigner comme on nous l'a appris).

Ainsi la diminution du bien-être, les idées suicidaires voire les suicides, les erreurs médicales et leur impact sur le groupe professionnel social ou familial ne sont désormais plus ignorés tout comme le concept de burn-out. Une étude du groupe Medpro²⁷ a mis en avant une corrélation entre le burn-out et ses symptômes, les erreurs médicales et les réclamations pour faute professionnelle. L'épuisement professionnel peut se manifester par des symptômes physiques (fatigue, douleurs, essoufflement, perte d'appétit, etc.) et des comportements néfastes (consommation de drogue, alcoolisme)²⁸.

Cet état général affecte le bien-être, la productivité, mais également les performances des professionnels de santé, ce qui peut nuire à la qualité des soins.



UNE ÉTUDE DU GROUPE MEDPRO A MIS EN AVANT UNE CORRÉLATION ENTRE LE BURN-OUT ET SES SYMPTÔMES, LES ERREURS MÉDICALES ET LES RÉCLAMATIONS POUR FAUTE PROFESSIONNELLE.

26. World Health Organization. (2019, May 29). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Retrieved from www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

27. MedPro Group (2023) Burnout, Medical Errors and Malpractice Liability

28. Bourg Carter, S. (2013, November 26). The tell tale signs of burnout ... Do you have them? Psychology Today. Retrieved from www.psychologytoday.com/us/blog/high-octane-women/201311/the-tell-tale-signs-burnout-do-you-have-them; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being. Washington, DC: The National Academies Press. doi: <https://doi.org/10.17226/25521>

Epuisement professionnel



Symptômes physiques
et comportement néfastes



Baisse de la productivité
et des performances



Baisse de la qualité des soins



Réclamation
pour faute professionnelle

Des programmes d'augmentation de la résilience apparaissent mais sont peu utilisés ou totalement ignorés. Par ailleurs, dans la prise en charge de ces situations de burn-out, la psychiatrisation à outrance ou la bascule dans des sciences ésotériques aggravent la situation chez des humains devenus fragiles. Des travaux récents montrent qu'un management sûr, une culture de l'erreur, une priorisation de la maîtrise plutôt que de la performance permettent dès l'internat d'augmenter la résilience indispensable si l'on veut résister et continuer.

Il faut développer des programmes de gestion des facteurs humains dès l'internat afin de permettre à chaque individu de se découvrir sans scénarios inventés et apprendre à résoudre les nouveaux problèmes plutôt que de les subir.

Branchet Assistance
04 85 85 85 85



4.2 L'impact du facteur humain sur la prévention des erreurs médicales

En quoi les compétences non techniques, « soft skills », peuvent modifier la sinistralité ?

L'analyse des sinistres a démontré qu'il existe un lien entre la survenue d'événements indésirables et les problématiques de relation et de communication entre professionnels de santé et patients. En effet, 80% des événements indésirables graves sont imputables aux « soft skills » (facteurs humains, compétences non-techniques). Ce chiffre peut être expliqué par la complexité des interventions et des organisations.

Les compétences non-techniques regroupent plusieurs aptitudes cognitives et sociales :

- La première compétence est la conscience situationnelle. Elle est définie comme une habileté cognitive qui comprend la collecte exhaustive des informations, leur compréhension et l'application de cette compréhension pour anticiper d'éventuelles complications. Ce terme est utilisé notamment par les aviateurs, les militaires et les marins, et peut être transposé au domaine médical, notamment en chirurgie.
- La seconde compétence est la prise de décision, sa qualité et son « timing ». Actuellement, en santé, l'une des problématiques est le retard au diagnostic. Il est plus difficile de

PR PIERRE ALBALADEJO
Anesthésiste réanimateur,
Membre du comité formation de
Branchet Solutions, (Grenoble)

80 %
des événements
indésirables graves
sont imputables aux
« soft skills » (facteurs
humains, compétences
non-techniques)

détecter la dégradation de l'état d'un patient qui consulte en ambulatoire en comparaison avec un patient hospitalisé. L'enchaînement d'évènements pouvant aboutir à un incident grave, la détection précoce de symptômes ou de signes de dégradation est primordiale, par exemple en chirurgie bariatrique pour la mise en place de stratégies de réintervention.

- Enfin, la dernière compétence est la communication entre professionnels de santé. Les comportements inappropriés aboutissent à la rétention d'informations et aux difficultés de communication, ce qui impacte la sécurisation du parcours et du patient, fondée sur la liberté d'expression et sur la communication de la bonne information, à la bonne personne, au bon moment.

Des techniques existent pour améliorer ces compétences, comme l'apprentissage d'une communication sécurisée et de formats de transmission entre les professionnels de santé.

Toutefois, malgré l'importance évidente de ces éléments, ils ne restent que peu ou pas enseignés.

Ce sont les raisons pour lesquelles Branchet Solutions propose des formations autour des compétences non-techniques, qui s'appuient notamment sur des cas pratiques pour illustrer au plus proche du réel les problématiques qui peuvent survenir dans la pratique médicale, aussi bien en bloc opératoire que dans la prise en charge péri opératoire du patient. L'apprentissage de ces bonnes pratiques ne concerne pas seulement les médecins, mais tous les soignants impliqués dans la prise en charge du patient.



Aux États-Unis, les soft skills font désormais partie intégrante de la formation initiale des médecins

ÉTAT DES LIEUX
AUX ÉTATS-UNIS

PAR DR GRAHAM BILLINGHAM
Directeur médical
de MedPro (Etats-Unis)

Au cours de la dernière décennie, les processus de formation ont évolué, dans le but de former des cliniciens qui possèdent à la fois les compétences techniques et non techniques pour dispenser des soins centrés sur le patient. Par exemple, aux États-Unis, le Medical College Admission Test® a été mis à jour en 2015 pour inclure des questions relatives à la psychologie, à la sociologie et au raisonnement. En outre, l'Accreditation Council for Graduate Medical Education a intégré les compétences relationnelles, la communication et le professionnalisme dans ses six compétences de base et dans les étapes de soutien spécifiques à chaque spécialité²⁹. D'après Javelin Learning Solutions, une société de psychologie industrielle et organisationnelle : Les données montrent que de solides connaissances médicales et de bonnes aptitudes cliniques peuvent être complétées par des compétences humaines. Les professionnels de santé travaillent activement à l'amélioration des niveaux de compétence en matière de « soft skills » dans tous les domaines de la médecine.

Aujourd'hui, nous reconnaissons et acceptons généralement que les compétences non techniques jouent un rôle important dans l'engagement et la satisfaction des patients. Cependant, nous savons moins de choses sur la relation directe entre ces compétences, les résultats pour les patients et le risque de faute professionnelle - probablement parce qu'elles sont plus subjectives et difficiles à quantifier que d'autres facteurs de risque, tels que les défaillances dans les compétences techniques. Toutefois, si l'on examine dix ans de données sur les réclamations pour faute médicale, on constate que les problèmes de communication sont un facteur déterminant dans 44 % des cas³⁰.

La communication englobe ou est liée à de nombreuses compétences non techniques essentielles aux soins médicaux, telles que l'écoute active, le travail d'équipe, la gestion et la résolution des conflits, la dignité, l'établissement de relations, la compétence culturelle, la résolution de problèmes, etc.

Une communication inadéquate ou insuffisante peut se produire entre les différents membres de l'équipe soignante ou entre les professionnels de santé et les patients.

Pour résoudre les problèmes d'attitude et de comportement qui en découlent, les établissements de santé doivent mettre en place et appliquer des politiques solides en matière de professionnalisme, de code de conduite, de lutte contre le harcèlement et de culture de la sécurité. Par exemple, la Fondation pour la gestion des risques des institutions médicales de Harvard a élaboré un code d'excellence en chirurgie composé de 11 domaines qui définissent les attentes en matière de service, de respect, de travail d'équipe, d'ouverture, d'humilité, etc. Une étude de 2019 a utilisé des examens à 360 degrés pour évaluer les chirurgiens selon le code d'excellence de Harvard et a conclu que les comportements négatifs des médecins sont associés à un risque accru de faute professionnelle³¹. En outre, une autre étude réalisée en 2019 a révélé que les patients des chirurgiens ayant fait l'objet d'un plus grand nombre de rapports de comportement non professionnel présentaient un risque significativement plus élevé de complications chirurgicales et médicales³².



Les problèmes de communication sont un facteur déterminant dans 44 % des cas

29. Javelin Learning Solutions. Soft skills, hard outcomes: How physicians' interpersonal skills have a real impact on healthcare. 2017. Retrieved from <https://javelinlearningsolutions.com/avoiding-the-thorny-issues-two/>

30. MedPro Group. (2021). Claims data snapshot: A ten year overview of medical cases. Retrieved from www.medpro.com/documents/10502/5086245/Claims+Data+Snapshot_Ten+Year+Overview_2010-2019_Data+Analysis.pdf

31. Annals of surgery. Multisource evaluation of surgeon behavior is associated with malpractice claims. 2019. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002742>

32. JAMA. Association of coworker reports about unprofessional behavior by surgeons with surgical complications in their patients. 2019. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1738>

Au niveau individuel, les médecins doivent également considérer la façon dont les patients perçoivent leur comportement et leur style de communication. La pratique analytique et la prise de conscience de la situation peuvent aider les cliniciens à comprendre l'impact de leurs actions verbales et non verbales, à identifier les problèmes potentiels et à s'adapter en conséquence. Même de petits changements peuvent faire une grande différence dans la perception qu'ont les patients de leur attitude et de la rencontre clinique. Par exemple, le fait de maintenir le contact visuel, de s'asseoir en parlant au patient et d'éviter les distractions et les interruptions peut aider à faire comprendre que le médecin respecte le patient, qu'il est intéressé par ses préoccupations et qu'il est déterminé à l'aider.

L'empathie, une autre compétence non technique importante, est également cruciale lors d'une consultation clinique. Elle ne consiste pas seulement à comprendre les émotions d'une autre personne, mais à les ressentir. Des recherches ont montré qu'une plus grande empathie de la part des médecins est associée à de meilleurs résultats cliniques pour les patients³³.

Au-delà de l'éducation et de la formation, il peut être difficile de cultiver l'empathie dans les soins pour diverses raisons, notamment l'environnement de travail, la multiplicité des patients et des situations rencontrées, et d'autres facteurs de stress (par exemple, la pandémie et l'épuisement professionnel). Ces problèmes représentent des défis, mais les cliniciens peuvent prendre des mesures pour améliorer l'empathie en utilisant certaines des stratégies mentionnées précédemment, telles que l'amélioration de la conscience de la situation, des compétences d'écoute et de la communication verbale et non verbale. D'autres approches peuvent également contribuer à renforcer l'empathie, comme la rédaction d'une réflexion personnelle, la participation à une formation culturelle et la réceptivité au feedback continu de la part des collègues et des patients³⁵.

Dans l'ensemble, les compétences non techniques sont essentielles à une prestation de soins de haute qualité et centrée sur le patient. Il n'est pas toujours facile d'établir un lien direct entre les lacunes en matière de compétences non techniques et les allégations de faute professionnelle, en raison de leur subjectivité et de la nature multifactorielle des plaintes. Cependant, nous savons que ces problèmes peuvent conduire à de mauvais résultats pour les patients, à leur insatisfaction et à des plaintes de leur part. Une étude de 6 ans sur les plaintes des patients et le risque de faute professionnelle a abouti à la conclusion suivante :

Le risque ne semble pas être prédit par les caractéristiques du patient, la complexité de la maladie ou même les compétences techniques du médecin. Le risque semble plutôt lié à l'insatisfaction des patients quant à la capacité de leur médecin à établir un rapport, à fournir un accès, à administrer des soins et des traitements conformes aux attentes, et à communiquer efficacement»³⁶.



LES COMPÉTENCES NON TECHNIQUES SONT ESSENTIELLES À UNE PRESTATION DE SOINS DE HAUTE QUALITÉ ET CENTRÉE SUR LE PATIENT

Malheureusement, des études ont également montré que l'éducation et la formation médicale peuvent nuire à l'empathie des médecins³⁴, ce qui peut avoir des effets néfastes en aval sur les relations médecin-patient. Si les patients pensent que les cliniciens manquent d'empathie, ils peuvent être moins enclins à partager des informations pertinentes et plus susceptibles d'avoir des expériences de soins insatisfaisantes.

-
- 33. Academic Medicine. The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. 2012
 - 34. Journal of clinical Medicine Research. Association between empathy and burnout among emergency medicine physicians. 2019. <https://doi.org/10.14740/jocmr3878>
 - 35. Virutal mentor. Yes, empathy can be taught! The Schwartz Center for Compassionate Healthcare. The role of empathy in medicine: A medical student's perspective. <https://youtu.be/UcOsne0BHz0>
 - 36. Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. JAMA, 287(22):2951-2957. doi:10.1001/jama.287.22.2951

Il ne fait aucun doute que les efforts déployés pour améliorer les compétences non techniques par le moyen de divers programmes et techniques - tels que le coaching comportemental, la formation au travail d'équipe, les exercices de simulation et les temps morts chirurgicaux - ont contribué à faire progresser la sécurité des patients et les soins centrés sur les patients, ainsi qu'à améliorer la satisfaction des patients et à réduire considérablement les plaintes des patients et des collègues³⁷. De nouvelles données montrent également que l'amélioration des compétences non techniques peut être bénéfique aux médecins en favorisant de meilleures relations médecin-patient, en atténuant l'épuisement professionnel et en réduisant l'exposition à la responsabilité professionnelle.

En fin de compte, la réalisation de soins de haute qualité centrés sur le patient dans la médecine moderne nécessite une combinaison de compétences techniques (qui mettent l'accent sur l'excellence technique et la prise de décision médicale) et de compétences non techniques (qui mettent l'accent sur l'intelligence émotionnelle, la positivité, la communication et l'empathie). Ensemble, ces compétences représentent une approche globale des soins aux patients qui peut produire les meilleurs résultats à la fois pour les médecins et les patients.

4.3 Prévoyance et notion d'invalidité

L'invalidité professionnelle est définie comme la perte de capacité permanente à réaliser les gestes de sa spécialité. Elle peut être totale et mène donc à l'impossibilité de continuer sa profession ou peut être partielle, dans ce cas, elle permet le maintien de l'activité en envisageant, si nécessaire, certaines adaptations. Dans le secteur libéral, lorsqu'elle est reconnue, des indemnités sont versées par le régime obligatoire. Toutefois, elles se limitent à un montant forfaitaire qui dépend de la classe d'appartenance. En 2023 la CARMF³⁸ propose une rente d'invalidité minimum de 21 742 €/an en classe A et maximum de 28 989 €/an en classe C.

En 2022, l'analyse des données de la pension d'invalidité de la CARMF a permis de mettre en évidence quatre affections responsables d'invalidité :

- **Les troubles mentaux représentent à eux seuls 47%.**

- **Suivent ensuite les maladies du système nerveux, qui se chiffrent à 20%.**
- **En troisième position nous retrouvons les maladies cancéreuses qui correspondent à 10%.**
- **Enfin, les troubles musculosquelettiques arrivent en quatrième position et représentent 8% des affections causant une perte d'aptitude permanente.**

Dans la catégorie des troubles mentaux, nous retrouvons notamment le burn-out. Parmi les personnes atteintes d'épuisement professionnel, les médecins spécialistes et les internes sont les plus touchés. En France, 1 médecin sur 2 est en situation de burn-out. Bien sûr, il existe des techniques de gestion du stress et de détection des signaux pour alerter sur le niveau d'épuisement émotionnel³⁹ et prévenir de la dégradation de la santé mentale⁴⁰. Mais rappelons qu'un burn-out trop grave ou trop longtemps négligé peut mener à une invalidité définitive.

CAROLINE DORO
Responsable du service
Assurances de Personnes
de Branchet (Lyon)

47 %
de troubles mentaux

20 %
pour les maladies
du système nerveux

10 %
pour les maladies
cancéreuse

8 %
pour les troubles
musculosquelettiques

37. Vanderbilt Center for Patient and Professional Advocacy. Our impact. 2021. <https://www.vumc.org/patient-professional-advocacy/our-impact>

38. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

La fréquence des maladies musculosquelettiques, bien qu'en quatrième position, ne cesse de croître. Cette affection est due à l'hyper-sollicitation de l'appareil locomoteur et rentre dans le cadre des affections d'origine professionnelle. Au bloc opératoire, les chirurgiens orthopédistes qui effectuent des actes physiques répétitifs et maintiennent des positions souvent peu naturelles sont les premiers touchés. Ces facteurs entraîneront des conséquences directes sur l'apparition de troubles et leur aggravation chez 90% de ces praticiens⁴¹.

Beaucoup de professionnels de santé peuvent être confrontés au cours de leur carrière à des affections liées à l'exercice médical. Tous les contrats d'assurance ne se valent pas et certains peuvent

conditionner leur prise en charge voire refuser la couverture de certaines de ces pathologies.

Souscrire à un contrat de prévoyance avant l'apparition de signaux d'alerte est essentiel pour les médecins : lorsque ces types de pathologies sont déclarées, c'est souvent trop tard et il est rarement possible de bénéficier d'une couverture pour ces causes-là. Il est donc essentiel de bien choisir son contrat, et ce, dès le début de son activité professionnelle.

4.4 Une assistance renforcée pour limiter les accidents médicaux

DR OLIVIER LEROY
Directeur Médical
de Branchet (Lille)

L'assistance 24/7 en infectiologie et médico-légal

Branchet Solutions offre à ses clients trois services disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, regroupés sous le nom de « Branchet Assistance » :

1. Depuis plus d'une quinzaine d'année, le service « H24/7 médico-légal » est destiné à aider les assurés Branchet à trouver des réponses à leurs questions lorsqu'ils se trouvent confrontés à des situations inhabituelles. Les demandes concernent avant tout l'exercice de leur profession au contact de leurs patients, puis les relations avec leurs confrères, ou enfin celles avec les éta-

blissements dans lesquels ils exercent. Le médecin d'astreinte pour ce service reçoit entre un à deux appels par 24 heures d'une durée moyenne de 30 à 45 minutes. Les échanges de confrère à confrère sont couverts par le secret professionnel médical. Ce service peut contribuer à prévenir la survenue de certains sinistres, voire à les éviter, en accompagnant le praticien dans la conduite à tenir avec le patient, avec les confrères ou avec l'équipe de l'établissement.

2. Le service « infectiologie » disponible depuis 2016 répond schématiquement à trois types de situations :
 - Demande de conseils pour l'administration d'une antibiothérapie

Branchet Assistance
04 85 85 85 85



39. Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. L'information psychiatrique. 2018. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-1-page-13.htm>
40. Burn-out des Médecins, êtes-vous bien couverts ? Branchet. 2023. <https://www.branchet.fr/burn-out-des-medecins-etes-vous-bien-couverts/>
41. 90% des orthopédistes souffrent de tms. Le quotidien du médecin. 2023. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/90-des-orthopedistes-souffrent-de-tms>

urgente ou d'une antibioprophylaxie. L'assuré est au bloc opératoire, en unité de soins intensifs, en consultation ou dans son service et il hésite sur la nature de l'antibioprophylaxie ou de l'antibiothérapie probabiliste à instaurer face à une situation urgente. Ce type d'appels représente 50 % des conseils demandés.

- Demande de conseils pour l'instauration d'une antibiothérapie curative : quelques jours après un conseil d'antibiothérapie probabiliste, il est fréquent que l'assuré rappelle pour la prescription de l'antibiothérapie curative qui permettra le relais et ainsi, possiblement, la sortie du patient.
- Outre le conseil oral, il est proposé un service écrit, par échange de mails, permettant à l'assuré de sécuriser

sa prescription grâce notamment à une traçabilité des propositions thérapeutiques.

Sur le plan quantitatif, le service de conseils téléphoniques enregistre environ 2 à 3 appels quotidiens, que ce soit en semaine ou le week-end. Le service écrit traite environ un avis par jour.

3. Un service de « soutien psychologique » est financé par Branchet Solutions avec la mise en relation des assurés qui en éprouveraient le besoin (entre autres, burn-out, stress professionnel, etc...) avec une équipe de psychologues cliniciens. L'identité des assurés faisant appel à ce service gratuit, de même que les motifs des consultations ne sont connus ni de Branchet ni de l'assureur.

Le consentement éclairé électronique « Je consens »

Nous observons une amélioration constante de la qualité de l'information délivrée par nos assurés à leurs patients. Notre politique de sensibilisation accrue sur ce sujet ainsi que nos formations dédiées portent leurs fruits : en 10 ans, la proportion des dossiers présentant une information perfectible a été divisée par deux. Toutefois, à ce jour, les défaillances au niveau du défaut d'information représentent encore 13% des dossiers dans lesquels la responsabilité de nos assurés est retenue, et 3% des indemnités annuelles versées aux patients et

aux organismes sociaux. Ceci est particulièrement dommageable quand on sait que dans la moitié de ces dossiers, aucune faute technique n'est relevée à l'encontre du praticien mis en cause, seul le défaut d'information est pénalisé.

Nous proposons donc désormais, en partenariat avec le groupe TESSI et FONDAPRO, une solution de consentement éclairé électronique baptisée "Je consens" pour permettre à nos assurés de continuer à améliorer la qualité et la traçabilité de l'information.

PHILIPPE AUZIMOUR
Directeur Général
de Branchet (Meylan)

13%
de défaillances est dû
au niveau du défaut
d'information
des dossiers

Ce consentement électronique a été conçu pour être simple d'utilisation, à la fois pour les patients et les médecins, et totalement responsif, c'est-à-dire utilisable sur tout de type de plateforme, du smartphone à l'ordinateur ou la tablette. Il utilise les fiches d'information ASSPRO / FONDAPRO bien connues maintenant et propose un archivage électronique sécurisé, diminuant d'autant le volume des documents physiques à conserver. Ce consentement électronique a vocation, dans l'avenir, à s'incorporer au logiciel métier des praticiens.

DR ANTOINE WATRELOT
Président de FondaPro (Lyon)

Accédez à votre solution
de consentement éclairé
électronique : JeConsens



PHILIPPE TREGUIER
Directeur des opérations
de Branchet Solutions (Paris)

L'accompagnement juridique spécialisé pour limiter les contentieux évitables et privilégier les résolutions à l'amiable

Au cours de l'exercice de la profession de médecin, des mésententes, incompréhensions voire conflits peuvent survenir dans l'entourage du praticien : établissement, confrères, patients, organismes payeurs, fournisseurs...

Ces différends laissent souvent au praticien -entièrement dévoué à la pratique médicale- un sentiment d'absence de maîtrise. Branchet Solutions met à la disposition des assurés un service de juristes spécialisés qui vous aidera en premier lieu à faire le point sur la réalité de votre situation avant de vous proposer une voie d'action pour gérer au mieux, et de la façon la plus amiable possible, les éventuels conflits.

Au-delà de cet accompagnement, l'assuré contraint au conflit sera bien évidemment accompagné par nos garanties de protection juridique, destinées à prendre en charge tout ou partie des frais importants générés par le contentieux.

Pour autant et à la satisfaction des assurés, c'est bien l'écoute et la résolution amiable qui sont en premier lieu systématiquement proposés, afin d'épargner aux assurés le surcoût, le temps et l'énergie inhérents à toute procédure évitable.

Ainsi, les équipes dédiées répondent annuellement à un millier de demandes de renseignements juridiques, pour un taux de dossiers contentieux de l'ordre de 20%, en baisse et contenu par la volonté de limiter autant que possible pour nos assurés les contentieux évitables, inutiles ou voués à l'échec.

4.5 Des formations étendues aux professionnels de santé

**DR PATRICK-GEORGES
YAVORDIOS**
Directeur Médical de Branchet
Solutions (Lyon)

Les compétences relationnelles au cœur des nouvelles propositions de formation de Branchet Solutions pour tous les professionnels de santé

Avec l'expérience de l'analyse des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et de la sinistralité, il est devenu évident que les formations devaient évoluer de l'individu vers l'équipe.

De même, la prévention du risque est d'autant plus efficace que les barrières sont mises bien en amont de l'évènement indésirable.

Ne s'intéresser qu'à l'aspect technique n'est plus suffisant et rechercher les causes liées au facteur humain, ou non techniques, est devenu incontournable.

A titre d'exemple, s'il faut bien sûr savoir traiter une anémie aigüe post-opératoire, il est enrichissant de comprendre pourquoi la communication entre le chirurgien et l'anesthésiste réanimateur en pré et peropératoire n'a pas été correcte et pourquoi le manque d'information respectif a pu concourir au défaut d'application des recommandations professionnelles.

Notre catalogue actuel fait désormais la part belle à ce type de formation.

Branchet Solutions et son pôle “Clinics”

Le contexte sanitaire a permis, à travers des propositions de sortie de crise (Cf. Livre Blanc) de mettre en avant la nécessité de travailler sur la qualité des relations entre professionnels pour mieux prendre en compte le facteur humain souvent identifié en cofacteur des EIAS.

De nouveaux risques sont apparus, liés aux tensions de personnels soignants et aux contraintes de fonctionnement empêchant une reprise d'activité optimale ; ou tout au moins ne permettant pas de répondre à la demande des praticiens et des patients.

En parallèle de ces risques émergents, les risques liés aux soins ne doivent pas être oubliés, risques toujours majorés en situation de crise.

Notre expérience nous montre que lorsque les médecins sont proches du management et impliqués dans le développement des établissements, la sinistralité «patient» est réduite. Ce constat nous oblige, raison de l'engagement de nos moyens de prévention au-delà de la seule sphère de nos assurés.

Les attentes de la société dans cette période d'hyper médiatisation de crises sont importantes, il convient d'apporter aux professionnels de santé des outils adaptés, robustes et éprouvés. Ce que nous faisons depuis plus de vingt ans au profit des médecins, nous souhaitons l'apporter à l'ensemble de l'établissement.

Pour répondre à ces enjeux, Branchet Solutions a créé Branchet Clinics afin d'accompagner les établissements et le personnel para-médical du bloc opératoire à la gestion des risques.

Nous proposons des dizaines de formations élaborées en partenariat avec ASSPRO, l'association de prévention du risque opératoire.

Ces formations couvrent un large périmètre allant des compétences techniques aux compétences non-techniques, liées au facteur humain. Nombre de nos formations sont éligibles au Développement Professionnel Continu (DPC) et sont prises en charge.

Les formations peuvent s'organiser différemment en fonction de l'orientation choisie :

- Une logique qui vise à diminuer les risques liés aux soins à travers des formations d'équipe, ouvertes à l'ensemble du personnel de santé (accréditation des équipes médicales)
- Une logique, sous l'angle conduite de projets, qui vise à accompagner l'établissement dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins (démarche qualité et/ou à la certification à travers des parcours de formations et de prestations personnalisées)

Nous proposons d'intervenir aux cotés des équipes médicales, soignantes et managériales pour apporter un savoir-faire acquis de longue date par d'étroites relations avec les sociétés savantes et organismes d'accréditation professionnels. Les actions proposées sont étendues à l'ensemble des équipes que ce soit par des formations communes, des audits de risques ciblés avec proposition de plan d'actions.



**LORSQUE LES MÉDECINS SONT PROCHES
DU MANAGEMENT ET IMPLIQUÉS DANS
LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS,
LA SINISTRALITÉ «PATIENT» EST RÉDUITE**

DR EMMANUEL BRIQUET
Directeur du pôle Branchet
Clinics (Paris)

Retrouvez tout le catalogue
et le détail des formations





PARTIE 5

Les jeunes praticiens, un enjeu de formation et d'accompagnement aux nouveaux modes d'exercices pour Branchet

Présentation d'ASSPRO Jeunes

PR JULIEN PICARD
Anesthésiste-réanimateur,
Responsable d'ASSPRO
Jeunes (Grenoble)

ASSPRO Jeunes est le bureau Jeunes de l'ASSociation de PRévention du Risque Opératoire. Il s'adresse aux jeunes professionnels, internes, chefs de clinique et médecins récemment installés et a pour objectif de les accompagner dans leur début de carrière.

Les préoccupations des jeunes portent en premier lieu sur les conditions de leur exercice professionnel. Qu'il s'agisse de remplacements ou d'une installation en libéral, les jeunes médecins ne sont pourtant pas toujours conscients des enjeux. Ils s'inquiètent à juste titre d'une charge administrative croissante et de la complexification de l'exercice de leur métier.

Les jeunes professionnels doivent également faire face à l'évolution des relations médecin-patient et des outils de communication. En effet, les patients sont de plus en plus intégrés aux processus de soins et la diffusion des connaissances et des échanges par internet et les réseaux sociaux a profondément modifié les relations soignant-soigné.

Enfin, les conditions de travail et la qualité de vie professionnelle font partie des éléments décisionnels dans les choix de carrière. Certaines questions telles que le temps de travail hebdomadaire ou le niveau de rémunération ne sont plus taboues aujourd'hui et font partie des critères de choix des modalités d'exercice des jeunes professionnels. Si l'investissement des jeunes médecins reste important, ils ne souhaitent, pour beaucoup, plus sacrifier leur vie personnelle et familiale et cherchent à trouver un équilibre.

ASSPRO Jeunes a édité plusieurs guides pour informer et accompagner les jeunes professionnels sur des thématiques telles que l'Installation, le remplacement, la prévoyance, ou la première mise en cause.

Pour en savoir plus
sur ASSPRO jeunes



5. LES JEUNES PRATICIENS, UN ENJEU DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX NOUVEAUX MODES D'EXERCICES POUR BRANCHET - PRÉSENTATION D'ASSPRO JEUNES

Le remplacement fait partie des options qui peuvent attirer les praticiens qui n'ont pas encore définitivement décidé de leurs conditions d'exercice. Il n'est pas sans contraintes et la connaissance des modalités d'exercice en remplacement est essentielle pour éviter des situations parfois difficiles.

La première mise en cause peut être mal vécue par les jeunes professionnels. Sans la dramatiser excessivement, il ne faut pas non plus la banaliser et le meilleur moyen de l'affronter est de s'y préparer.

La connaissance de la sinistralité et des différents types de mise en cause permet d'anticiper sereinement cet événement marquant dans une carrière professionnelle.

ASSPRO Jeunes a donc pour objectif de poursuivre l'accompagnement des médecins en début de carrière en faisant bénéficier les plus jeunes d'entre eux de l'expérience de leurs confrères, en les informant sur des sujets tels que la responsabilité et la prévention et en les accompagnant grâce à l'expertise de professionnels du droit de la santé.

ASSPRO Jeunes souhaite se donner les moyens de poursuivre cette mission en organisant des rencontres régulières, en développant des outils spécifiques d'information et de prévention et en collant au plus près aux sujets que les jeunes praticiens souhaitent aborder.



BRANCHET

L'ASSURANCE DES MÉDECINS

GROUPE VERSPIEREN

1. Pour (re)découvrir les offres Branchet :
Responsabilité Civile Professionnelle, Prévoyance,
Retraite, Assurance de Prêt, Risques Cyber...
2. Pour toute question juridique, pour déclarer un
sinistre, pour demander un devis,...

> [Rendez-vous sur branchet.fr](https://branchet.fr)

BRANCHET SOLUTIONS

1. Vous souhaitez améliorer votre pratique médicale ?
Formations en webinaire et en présentiel
Fiches d'informations pré-opératoire à télécharger
Ressources documentaires...
2. L'assistance 24/7 dédiée aux assurés Branchet
(urgence médico-légale, infectiologie...)

> [Rendez-vous sur branchetsolutions.fr](https://branchetsolutions.fr)



BRANCHET
L'ASSURANCE DES MÉDECINS
GROUPE VERSPIEREN

www.branchet.fr