

Édition 2020

CARTOGRAPHIE DES RISQUES OPÉRATOIRES.

LE COMPARATIF





BRANCHET

L'ASSURANCE DES MÉDECINS

GRUPE VERSPIEREN

CARTOGRAPHIE DES RISQUES OPÉRATOIRES.

TABLE DES MATIÈRES.

Fréquence des mises en cause : une tendance à la diminution..... p 06

- 1/** Fréquence toutes spécialités confondues p. 06
- 2/** Répartition par spécialité..... p. 10
- 3/** Facteurs de mise en cause..... p. 12
- 4/** Focus sur l'ambulatoire p. 16

Indemnisations : une hausse continue p. 18

- 1/** Évolutions des indemnisations p. 18
- 2/** Facteurs de risque par spécialité p. 22

Risques liés à la pratique de l'anesthésie p. 36

Relation médecins-patients p. 38

- 1/** Résultats de l'enquête FONDAPRO p. 38

Branchet en veille permanente sur l'évolution des pratiques p. 44

Branchet : acteur de santé innovant p. 45

- 1/** Des actions de formation plus inclusives et interactives..... p. 45
- 2/** Branchet Store : un nouvel outil de prévention p. 46
- 3/** Branchet face aux risques émergents p. 48



ÉDITORIAL.

Cette quatrième cartographie est originale dans la mesure où elle compare nos données avec celles de notre partenaire américain MedPro, qui assure plus de 240 000 médecins aux États-Unis. En effectuant cette comparaison, nous avons voulu répondre à la demande de nos praticiens et de leurs sociétés savantes qui ont constaté que les risques identifiés aux États-Unis arrivent généralement avec quelques années de retard en France.

L'analyse des tendances outre-Atlantique est intéressante afin d'anticiper les risques liés à l'ambulatoire, à des techniques comme l'anesthésie locorégionale, à l'épuisement professionnel ou au digital par exemple. Et de continuer à proposer cet accompagnement unique des praticiens qu'est celui de Branchet pour gérer tous les risques de leur profession.

Au travers de cette étude comparative portant sur l'ensemble des spécialités du bloc et le point spécifique sur les risques liés à la pratique de l'anesthésie, on réalise que les mêmes actes opératoires pratiqués des deux côtés de l'Atlantique, peuvent produire les mêmes effets indésirables ou que les mises en cause trouvent leurs origines dans les mêmes risques. La différence porte précisément sur les moyens mis en œuvre pour maîtriser ces risques.

Dans un environnement concurrentiel exacerbé, l'analyse comparative prend du sens également pour nos confrères assureurs français confrontés aux mêmes défis de maîtrise du risque médical à la fois pour comparer les fréquences et la gravité des risques – qui convergent en de nombreux points – mais également pour mesurer le retour sur investissement de nos clients dans la prévention ou la défense. Il est frappant de constater que nos investissements dans la formation permettent de contenir la fréquence des mises en cause en orthopédie ou en bariatrie alors qu'elle tend à augmenter chez nos concurrents, ou que la présence systématique d'un avocat dédié et d'un médecin-conseil de la même spécialité peut réduire significativement le taux de responsabilité des praticiens assurés Branchet.

Branchet en sort conforté dans ses choix stratégiques sans compromis sur l'exclusivité, la prévention, l'assistance et la défense des praticiens.

Bonne lecture.



**Philippe
Auzimour**
*directeur général
de Branchet*



Depuis les cinq dernières années, le Groupe MedPro a construit une relation solide avec son partenaire Branchet. Nos deux sociétés ont, dans leurs valeurs fondatrices, à cœur de défendre et protéger les praticiens en maîtrisant les risques et en promouvant la sécurité et le bien-être des patients. Au-delà des différences entre les États-Unis et la France en termes d'offre et d'organisation des soins, la pratique médicale est globalement similaire dans nos deux pays, ce qui autorise la mise en perspective de nos données. Nous avons les mêmes lectures, participons aux mêmes événements professionnels et portons le même regard sur la sécurité et les résultats. Ainsi, la comparaison de nos données permettra à tous les médecins de bénéficier de nos retours partagés d'expérience de la responsabilité médicale.

Au cours de la dernière décennie aux États-Unis, la fréquence des réclamations a été stabilisée en raison d'efforts centrés sur la sécurité des patients et l'importance de la communication, tant en raison de l'amélioration des pratiques et des procédures, que des avancées technologiques et de modifications législatives sur les dommages. Toujours est-il que si la fréquence baisse, il n'en va pas de même pour la gravité, puisque les conséquences dommageables connaissent une aggravation continue de 2 à 4% par an, que l'événement trouve son origine dans la responsabilité des professionnels du soin ou des établissements. Plus alarmante encore est l'augmentation des indemnités portant sur des montants supérieurs à 10 millions de dollars.

Les États-Unis et la France sont confrontés aux mêmes sujets en matière de maîtrise de risque et de sécurité des patients. Nombre de ces enjeux – tels que la communication, la documentation, le suivi de soin, le travail en équipe et le consentement éclairé – concernent toutes les spécialités alors que certaines pratiques génèrent des risques spécifiques (on peut citer la chirurgie viscérale et notamment bariatrique, la chirurgie du rachis et l'utilisation de la robotique). Au-delà de ces préoccupations sur la technique médicale, nos deux pays sont témoins de la même nécessité de prendre en compte des risques émergents tels que l'épuisement professionnel ou les cyberrisques, sujets qui représentent des menaces sérieuses tout à la fois sur les patients, les praticiens et les systèmes de santé.

Partageant les mêmes risques, MedPro et Branchet travaillent de façon rapprochée à développer des stratégies de maîtrises des risques et de partage des bonnes pratiques. Nos deux structures bénéficient de cette collaboration qui nous permet tout à la fois de proposer de meilleures informations aux praticiens, de réduire leur exposition au risque et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient. Le partenariat MedPro-Branchet a révélé une réelle synergie entre nos deux entités et matérialise l'adage selon lequel un plus un égale trois.



FRÉQUENCE DES MISES EN CAUSE : UNE TENDANCE À LA DIMINUTION.

1/ FRÉQUENCE TOUTES SPÉCIALITÉS CONFONDUES

6

Une fréquence de mises en cause, reflet des spécificités françaises

Branchet est historiquement présent sur le marché de l'assurance des praticiens du bloc, et donc des professionnels les plus exposés au risque de réclamation et d'engagement de leur responsabilité. Il est dès lors normal de constater des fréquences de mises en cause relativement élevées. C'est d'autant plus vrai dans le contexte spécifique français qui propose trois voies différentes de réclamation : amiable directement devant l'assureur, juridictionnelle ou encadrée par le dispositif CCI. Sans entrer dans une critique de ce dernier dispositif bien accueilli par les patients notamment en raison de sa gratuité, il ne faut pour autant pas en négliger le rôle alourdissant sur la fréquence de sinistralité médicale en France. On peut en effet constater d'une part que 70% des réclamations déposées devant les CCI mènent à des décisions de non-indemnisation, ce qui impacte forcément la fréquence sans pour autant conduire à une condamnation. On peut d'autre part indiquer que le dispositif CCI implique forcément la mise en cause des praticiens ayant réalisé l'acte, quand bien même le demandeur ne rechercherait pas une indemnisation au titre de la responsabilité mais au titre de l'aléa thérapeutique, ce qui ne manque pas non plus de peser sur les fréquences. L'existence de ce dispositif, spécifique à la France, explique sans doute en partie au moins les très importantes différences de fréquences de mises en cause pour les professionnels du bloc entre la France et les États-Unis (données MedPro) où elles sont en moyenne trois fois moindres.

Mise en cause des assurés Branchet : une tendance à la baisse depuis 2012...

Dès lors que l'on souhaite opérer une comparaison entre les risques de mises en cause en France et aux États-Unis, et au regard de la disparité des activités et des champs d'exercice, c'est bien évidemment aux tendances qu'il faut s'intéresser. Dans ce but, Branchet s'est attaché à comparer ses données avec MedPro, premier assureur du risque médical aux États-Unis avec 240 000 professionnels de santé assurés. Ainsi, depuis 2012, la tendance est notablement à la baisse. Les assurés Branchet reçoivent donc moins de réclamations. Il convient de le souligner puisque les chiffres tendent à démontrer plutôt une hausse des tendances sur le marché français de l'assurance de responsabilité civile médicale à dates égales¹⁻³.

...comparable à celle observée aux États-Unis

Aux États-Unis (données MedPro), la tendance globale au cours de la même période baisse de façon très comparable à la baisse de fréquence connue par les assurés Branchet. Il est envisageable que la mise en œuvre de techniques comparables de gestion des risques soit à l'origine de cette similitude. Pour autant, il convient de rester prudent, la volatilité du risque médical pouvant rendre ce dernier très sensible à nombre d'éléments exogènes.

1- Erreurs médicales : la justice de plus en sévère - Revue de presse Mediscoope du 8 octobre 2019 -

2- Thévenin L. Risque médical : condamnation record pour un médecin généraliste - Les échos du mardi 8 octobre 2019.

3- Thévenin L. Risque médical : explosion des coûts pour les hôpitaux et les cliniques - Les échos du mercredi 9 octobre 2019.

Fig. 1: Évolution de la fréquence annuelle des mises en cause chez Branchet

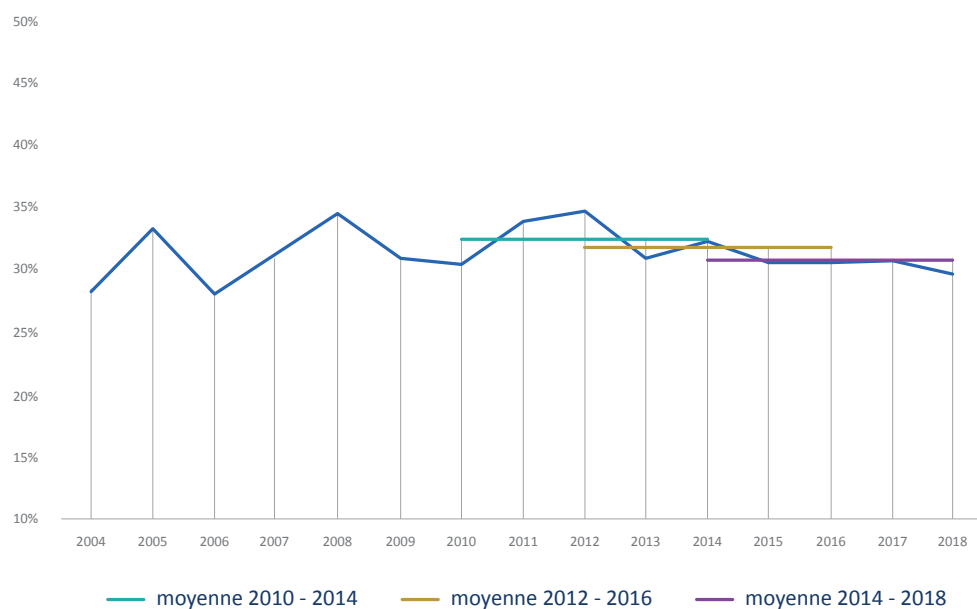
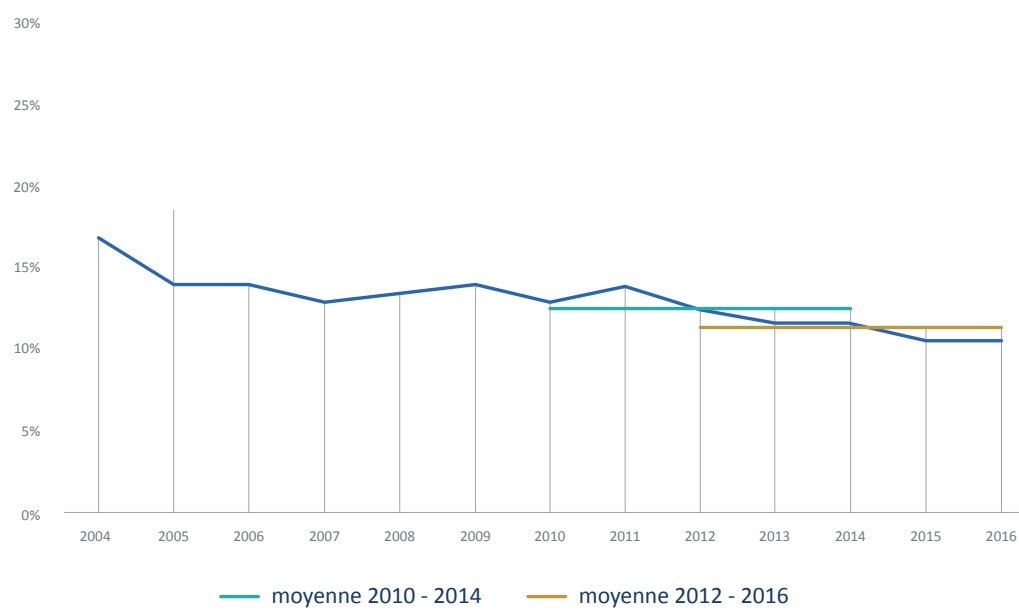


Fig. 2 : Évolution de la fréquence annuelle des mises en cause chez MedPro



COMMENTAIRES

2 raisons à la baisse : prévention et défense

L'analyse globale de la cartographie fait ressortir une tendance à la baisse en ce qui concerne le nombre de mises en cause des assurés Branchet. Ceci alors que les autres acteurs du marché notent une tendance nette à la hausse. Quelles explications peut-on donner à cette différence ?

- **La prévention des sinistres** : Branchet et son partenaire ASSPRO sont engagés depuis plus de 20 ans dans des actions de sensibilisation et prévention du risque opératoire. Grâce à une organisation lourde, en particulier à l'aide de l'ASSPRO truck, c'est près de 25% des assurés qui suivent une formation ASSPRO chaque année. Il avait été démontré en 2013 qu'en combinaison avec l'accréditation, le fait de suivre une formation ASSPRO faisait diminuer de 20% le risque d'être exposé à une action médico-légale. Cela semble se concrétiser aujourd'hui dans les chiffres du nombre de mises en cause.

- **La défense** : point fort de Branchet, la défense systématique par des avocats spécialisés, en association avec des praticiens conseils de la même spécialité (voire sub-spécialité) de l'assuré mis en cause, présente, outre l'efficacité d'un tel dispositif, un aspect pédagogique indéniable pour éviter la récurrence de sinistres de même nature. Ces résultats qui d'année en année vont dans le même sens sont particulièrement encourageants et justifient les efforts et l'investissement réalisés par Branchet et ASSPRO dans le domaine et nous invitent à poursuivre dans le même sens.

Dr Antoine WATRELOT

(Président d'ASSPRO et de FONDAPRO)

8



PÉRIMÈTRE ET MÉTHODOLOGIE

Neuf spécialités sont représentées :

- / Anesthésie-Réanimation (hors bris dentaire)
- / Chirurgie orthopédique
- / Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL
- / Chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique
- / Chirurgie viscérale
- / Chirurgie bariatrique
- / Gynécologie (hors obstétrique)
- / Gynécologie obstétrique
- / Neurochirurgie et chirurgie du rachis.

Les dossiers étudiés s'entendent hors garantie protection juridique. Afin de refléter plus fidèlement le nombre de mises en cause moyen par spécialité, la spécialité est affectée à un sinistre selon celle de l'assuré au moment du fait générateur.

L'année d'affectation d'un sinistre correspond à l'année au cours de laquelle ce sinistre est « connu pour la première fois » et non à l'année de première réclamation du sinistre. Cette approche permet d'obtenir une fréquence fixe par année, évitant tout réajustement induit par des premières réclamations tardives.

MedPro est partenaire de « CRICO Strategies », une section de la fondation de management des risques de l'institution médicale Harvard. En utilisant la taxonomie de codage de CRICO, MedPro est plus à même d'identifier les aires thérapeutiques plus vulnérables en termes de risque.

Sauf indication contraire, toutes les données de cette cartographie représentent un aperçu des mises en cause par spécialité du groupe MedPro, incluant une analyse des facteurs de risque qui conduisent à ces mises en cause.



2/ FRÉQUENCES PAR SPÉCIALITÉ

Une responsabilité 3 fois plus recherchée en France qu'aux États-Unis

Comme à chaque mesure, l'analyse des fréquences de mises en cause par spécialité montre une forte dispersion.

Pour autant, la comparaison avec les États-Unis (données MedPro) montre une énorme différence dans la fréquence des mises en cause. En effet, un praticien du bloc exerçant en France verra sa responsabilité recherchée environ trois fois plus souvent que le praticien exerçant la même profession aux États-Unis. Dans le même temps, le coût moyen des sinistres reste plus élevé aux États-Unis (données MedPro).

Des spécialités chirurgicales mieux maîtrisées en France

La mise en regard franco-américaine laisse paraître plusieurs éléments notables :

La chirurgie bariatrique a connu aux États-Unis depuis 2013 une constante aggravation alors même que le risque semble mieux maîtrisé en France, où les efforts de concentration

des activités et de spécialisation se montrent payants. Il faut néanmoins préciser qu'il existe ici d'importantes différences sociologiques qui rendent peut-être les patients difficilement comparables dans les deux pays.

De la même façon, la fréquence de sinistralité en chirurgie vasculaire, cardiaque et thoracique s'est alourdie aux États-Unis (données MedPro) depuis 2014 alors même que les résultats semblent stables, voire décroissants en France.

L'anesthésie-réanimation prise au piège de la responsabilité collective

S'agissant de l'anesthésie-réanimation, la stabilité est remarquable aux États-Unis (données MedPro) alors que les fréquences semblent s'alourdir en France. Il est toutefois possible que la sinistralité des anesthésistes-réanimateurs s'aggrave non pas en raison d'une dégradation des pratiques mais en partie au moins en raison d'une responsabilisation croissante de l'équipe du bloc dans son entier.

10

Fig 3: Fréquence des mises en cause par groupe de spécialités chez Branchet

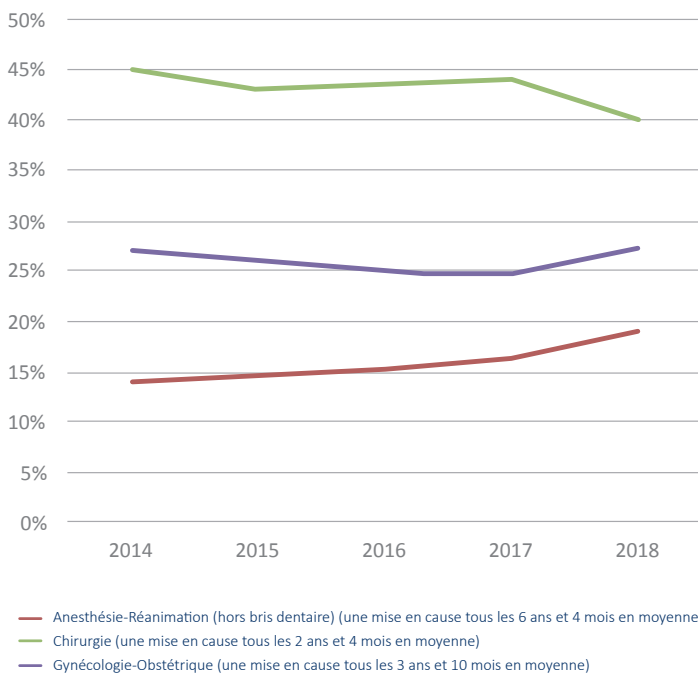


Fig 4: Fréquence des mises en cause par groupe de spécialités chez MedPro

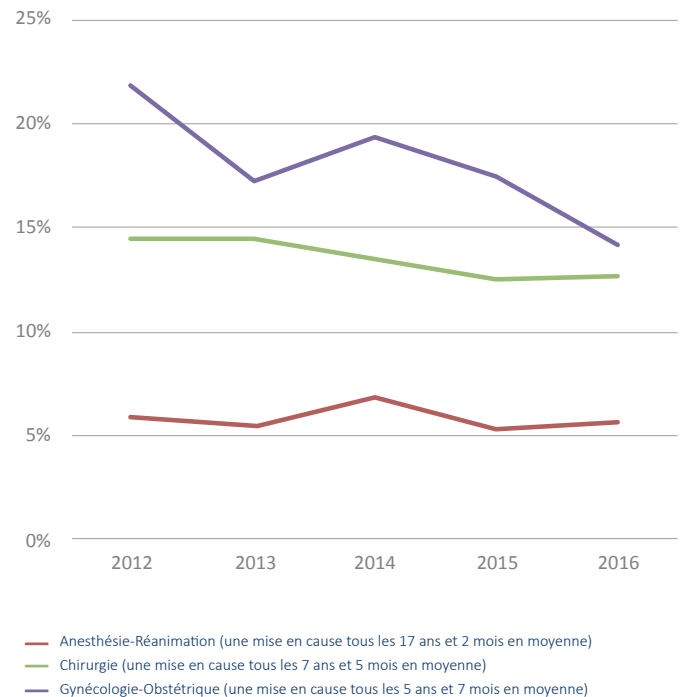
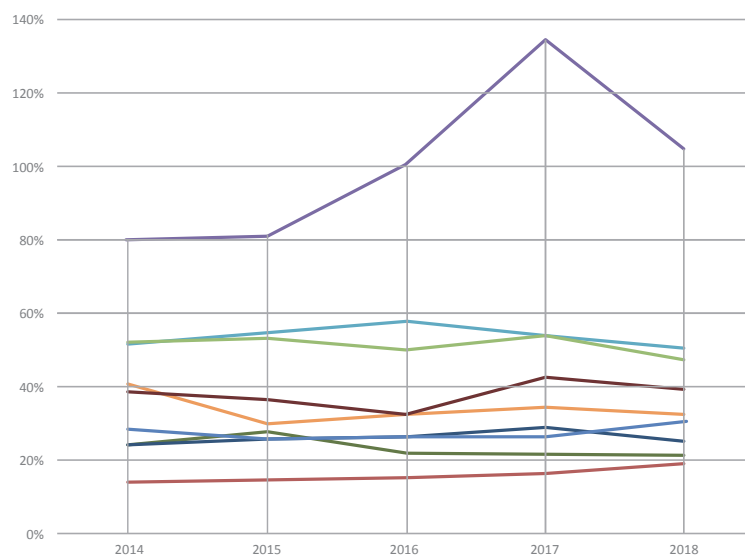
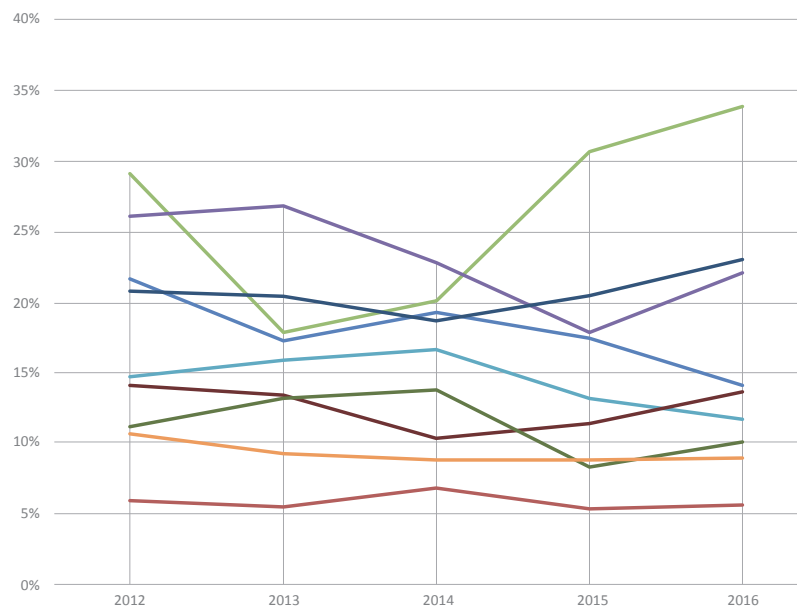


Fig 5: Fréquence des mises en cause par spécialité chez Branchet



- Anesthésie-Réanimation (hors bris dentaire) (une mise en cause tous les 6 ans et 4 mois en moyenne)
- Chirurgie bariatrique (une mise en cause tous les 1 ans et 11 mois en moyenne)
- Chirurgie orthopédique (une mise en cause tous les 1 ans et 10 mois en moyenne)
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxilo-faciale, ORL (une mise en cause tous les 2 ans et 11 mois en moyenne)
- Chirurgie vasculaire, cardio vasculaire et thoracique (une mise en cause tous les 3 ans et 10 mois en moyenne)
- Chirurgie viscérale (une mise en cause tous les 2 ans et 8 mois en moyenne)
- Gynécologie (hors obstétrique) (une mise en cause tous les 4 ans et 4 mois en moyenne)
- Gynécologie (obstétrique) (une mise en cause tous les 3 ans et 8 mois en moyenne)
- Neurochirurgie et chirurgie du rachis (une mise en cause tous les 1 ans et 1 mois en moyenne)

Fig 6: Fréquence des mises en cause par spécialité chez MedPro



- Anesthésie-Réanimation (une mise en cause tous les 17 ans et 2 mois en moyenne)
- Chirurgie bariatrique (une mise en cause tous les 3 ans et 10 mois en moyenne)
- Chirurgie orthopédique (une mise en cause tous les 6 ans et 11 mois en moyenne)
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxilo-faciale, ORL (une mise en cause tous les 10 ans et 9 mois en moyenne)
- Chirurgie vasculaire, cardio vasculaire et thoracique (une mise en cause tous les 4 ans et 10 mois en moyenne)
- Chirurgie viscérale (une mise en cause tous les 7 ans et 11 mois en moyenne)
- Gynécologie (hors obstétrique) (une mise en cause tous les 8 ans et 10 mois en moyenne)
- Gynécologie (obstétrique) (une mise en cause tous les 5 ans et 7 mois en moyenne)
- Neurochirurgie et chirurgie du rachis (une mise en cause tous les 4 ans et 4 mois en moyenne)

3/ FACTEURS DE MISE EN CAUSE

Au-delà du geste technique, l'importance du manque d'empathie

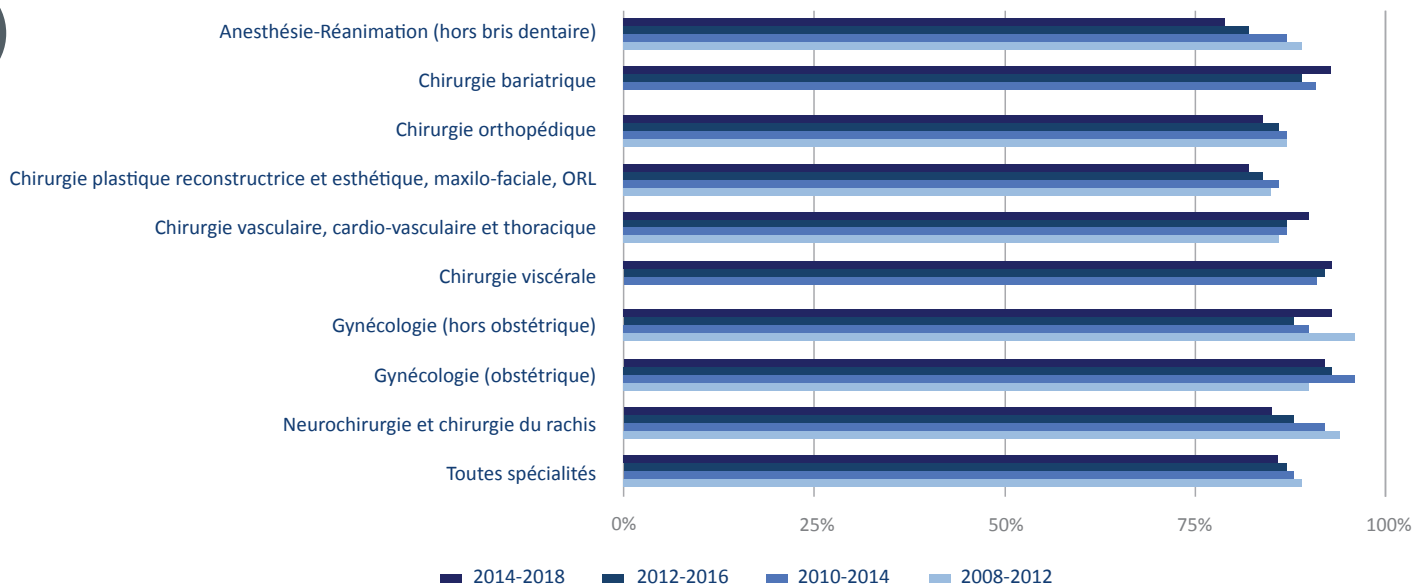
On considère souvent que la mise en cause du professionnel du soin découle essentiellement d'une erreur technique (ou de la survenance d'un aléa thérapeutique). S'il est évident que la part largement majoritaire des mises en cause fait bien suite à l'existence d'un dommage consécutif à un acte de soin, il est important de garder à l'esprit qu'une mise en cause résulte en fait d'un contexte presque autant que d'un geste. Ainsi, on connaît le poids du facteur humain et du relationnel dans la sinistralité. Aujourd'hui, il est en effet certain que toute attitude donnant à croire à un manque d'empathie du soignant ou une absence de prise en considération de la condition du patient favorisera le dépôt de réclamations à l'encontre du praticien.

Antibiotiques, anticoagulants : des erreurs de prise en charge qui persistent

Au regard de la diversité des spécialités du bloc et de l'éventail des actes réalisés, il est difficile de retrouver des causes communes à l'ensemble des sinistres. L'étude des mises en cause permet pourtant de dégager plusieurs éléments dont la fréquence mérite d'être soulignée.

Ainsi, on retrouve dans de nombreux dossiers des infections du site opératoire qui révèlent une gestion inadéquate des antibiotiques, tant en prophylactique qu'en thérapeutique. Ce point est d'autant plus regrettable que les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont claires dans le domaine.

Fig 7: Évolution de la répartition par spécialité des mises en cause dont l'antibioprophylaxie est jugée satisfaisante depuis 2008

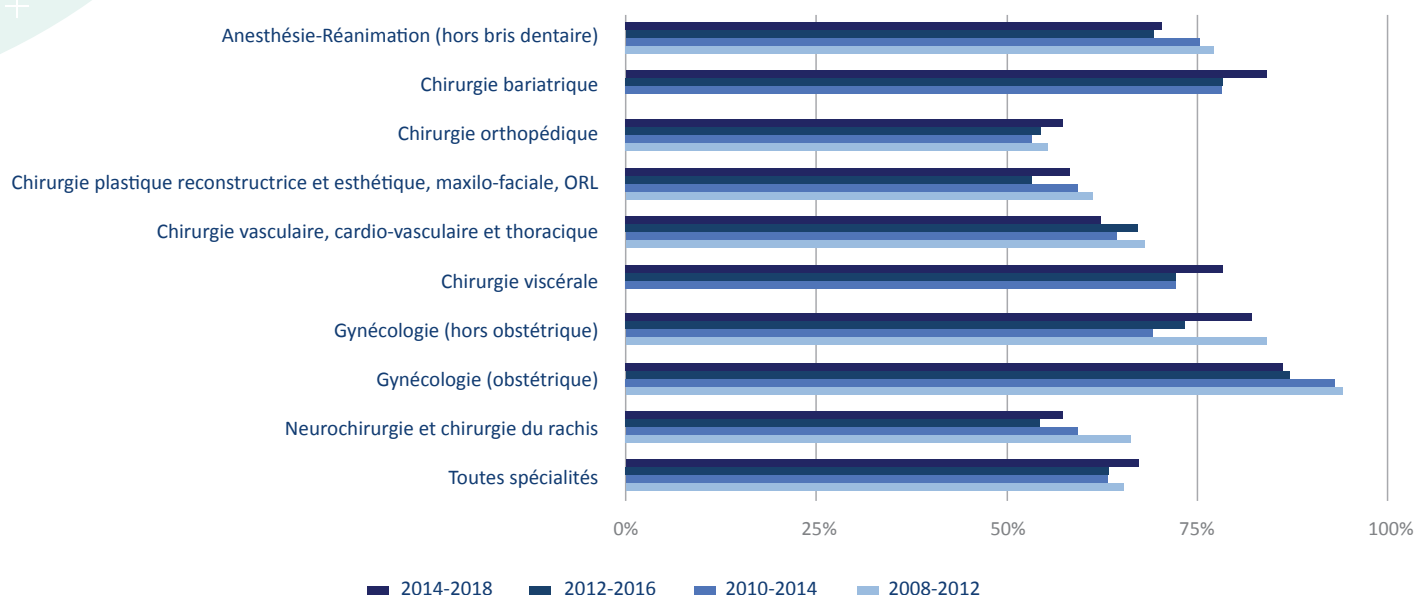


On note également de façon régulière une mauvaise gestion des anticoagulants, non plus tant dans la prévention du risque embolique mais plutôt dans la prise en compte de traitements déjà engagés au moment de l'acte chirurgical. Ce type de causalité est inquiétante puisque la proportion de patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant ne manque pas d'augmenter en raison du vieillissement général de la population.

Des retards de reprise chirurgicale

Consécutivement ou non à ces mauvaises prises en charge médicamenteuses, c'est dans le retard à la reprise chirurgicale qu'on retrouve l'origine la plus commune des dommages corporels permanents subi par le patient. Ainsi, l'étude des dossiers montre une nette tendance à retarder la reprise alors même que des anomalies dans l'évolution du patient évoquent qu'un dommage est en cours de survenance.

Fig 8 : Évolution de la répartition par spécialité des mises en cause dont la prise en charge infectiologique est jugée satisfaisante depuis 2008 chez Branchet



Ces retards s'inscrivent dans différents contextes : désorganisation du service en période de congés – bien sûr – mais aussi sans doute déni par le praticien du besoin de reprendre rapidement, ce qui permet aux conséquences dommageables de s'installer durablement et alourdit donc notablement la charge sinistre.

Penser à la tenue du dossier médical

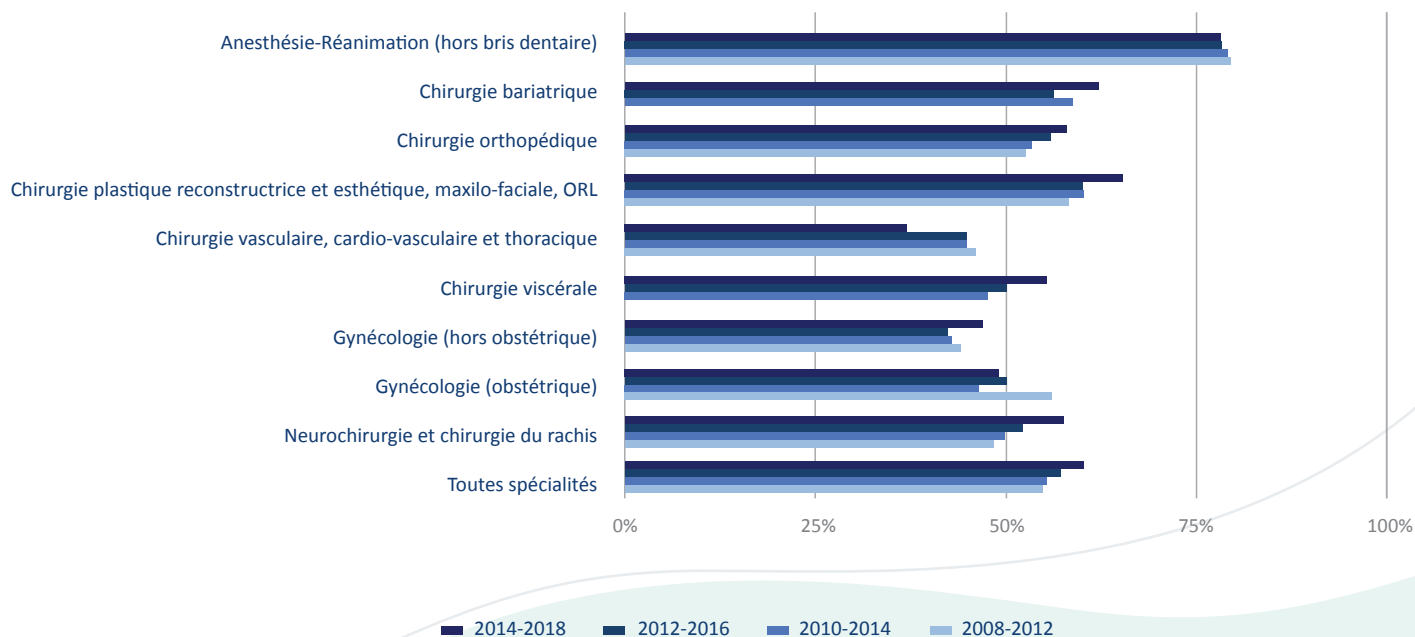
Enfin, il faut souligner que les éléments non techniques du soin, qu'ils soient administratifs ou humains ne sont pas sans effet sur la sinistralité. Ainsi, la tenue du dossier médical, lorsqu'elle n'est pas parfaite, ne place pas les experts saisis en cas de réclamation dans des dispositions favorables et tendent certainement à jeter sur le soin mis en cause un regard plus sévère.

Des documents d'information jugés insatisfaisants dans 40 % des dossiers

De même, l'information délivrée au patient, dont on doit rappeler qu'elle est un droit quasi absolu, a fait en 2019 l'objet d'une étude spécifique qui a permis de constater que dans 13% des dossiers clos retenant la responsabilité d'un assuré Branchet au cours des dernières années, on retrouvait un défaut d'information à l'origine de la responsabilité du praticien.

Outre les cas dans lesquels la responsabilité des assurés est retenue du fait du défaut d'information, on note que dans presque 40% des dossiers ouverts suite à réclamation, les documents d'information et de consentement sont jugés insatisfaisants ou perfectibles par les assistants-conseils Branchet.

Fig 9 : Évolution de la répartition par spécialité des mises en cause dont l'information a été délivrée au patient de manière satisfaisante depuis 2008 chez Branchet



On note les très mauvaises appréciations de tenue du dossier d'information dans presque toutes les spécialités chirurgicales et particulièrement en matière de chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique (63%). Ce défaut n'échappe pas non plus à la chirurgie plastique et esthétique, où plus d'un tiers des dossiers sont jugés insatisfaisants alors même que pèsent sur cette spécialité des obligations particulières en matière d'information et de consentement.

Information du patient : Branchet s'engage

Ces dossiers évitables alourdissent bien sûr la sinistralité et pèsent défavorablement sur la relation entre le médecin et le patient. Au travers de plusieurs de ses services (formations, coaching, accompagnement juridique et technique, mise à disposition de fiches d'information et de consentement...), Branchet s'engage pour aider ses assurés praticiens à réduire ces risques et à préserver ainsi au mieux la sécurité de leur exercice.

COMMENTAIRES

Pourquoi l'information notamment en termes d'annonce des potentielles complications reste-t-elle déficiente ?

Une première analyse du travail d'audit in situ (consistant à rendre visite, en toute confraternité, à des collègues et à voir leur fonctionnement en consultation) montre que l'information ORALE préopératoire ou préanesthésique... laisse apparaître une importante marge de progression et doit être mieux prise en compte. Autant l'information sur la pathologie, les divers traitements possibles et l'explication du choix, les modalités du déroulé sont presque toujours bien expliqués, autant c'est un vrai blocage qui fait que le praticien n'arrive pas à parler de complications. Pourquoi ?

Dr Vincent TRAVERS

(Président d'ASSPRO Scientifique)



4/ FOCUS SUR L'AMBULATOIRE

Ambulatoire : 56 % des actes pour seulement 16 % des mises en cause

L'étude de la sinistralité des assurés Branchet montre que seuls 16% des mises en causes font suite à des actes réalisés en ambulatoire alors même que l'ambulatoire représente 55,9% des procédures chirurgicales en France (étude de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, 2017).

Il semble donc ressortir de ces données que la pratique de l'ambulatoire induit en fait moins de risques que l'acte réalisé dans le cadre d'un séjour en établissement de soin. Il faut cependant pondérer ce propos par la nature même des actes réalisables en ambulatoire.

Une sinistralité nettement plus faible qu'aux États-Unis...

La comparaison avec les États-Unis (données CRICO) laisse apparaître que la proportion de mise en cause consécutives à des actes réalisés en ambulatoire y est de 44%. Cette différence pourrait laisser entendre que le recours à l'ambulatoire est considérablement plus élevé aux États-Unis qu'en France, ce que l'étude du CREDES tendait à démontrer en 1999, en évoquant un recours à l'ambulatoire traditionnellement supérieur de 50 à 80% aux États-Unis par rapport à la France (Chirurgie ambulatoire, comparaison France / États-Unis, biblio n°1288).

...pour une proportion d'ambulatoire comparable

Les choses ont cependant depuis évolué puisqu'on considère que le recours à l'ambulatoire aux États-Unis porte sur environ 60% des actes chirurgicaux. Il n'y a donc plus de différence majeure sur la proportion d'ambulatoire entre la France et les États-Unis. Dans les faits, si le patient peut être considéré ambulatoire aux États-Unis alors même qu'il passerait une nuit en établissement, on constate que la proportion de patients ambulatoires restant la nuit est comprise entre 1 et 4%. Ainsi donc, les conditions de prise en charge semblent tout à fait comparables.

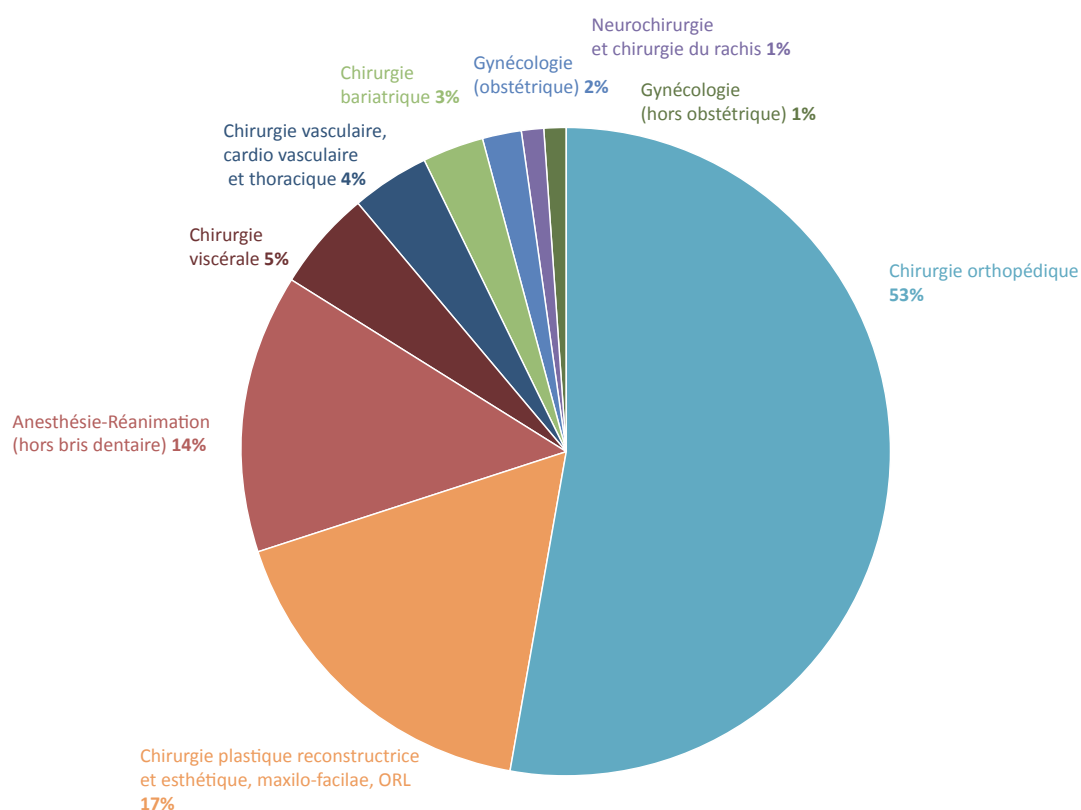
Une différence encore difficile à expliquer

Reste donc une interrogation sur la différence majeure des taux de mises en cause des praticiens à la suite d'actes interventionnels prodigués en ambulatoire (pour rappel 16% pour les assurés Branchet contre 44% aux États-Unis (données CRICO)). Avant une étude spécifique sur ce point, on peut supposer que la nature des actes réalisés en ambulatoire aux États-Unis était plus lourde qu'en France, ce qui est de moins en moins vrai, dans un contexte où les objectifs pour 2022 fixent à 70% les actes qui devront être réalisés en ambulatoire.

Notons également qu'il existe aux États-Unis des hôtels hospitaliers permettant une prise en charge rapprochée des patients les plus graves avant un réel retour à domicile.

Répartition des mises en cause par spécialité en ambulatoire

Fig 10: Répartition des mises en cause par spécialité en ambulatoire chez Branchet

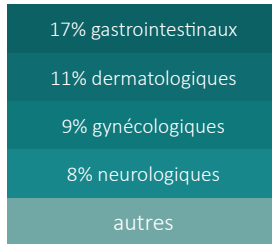


Zoom sur l'ambulatoire aux États-Unis

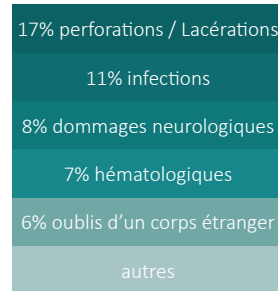
Une part substantielle (44%) des mises en cause en chirurgie concernent des actes réalisés en ambulatoire.

Fig 12: Mises en cause les plus fréquentes en ambulatoire aux États-Unis en 2018¹

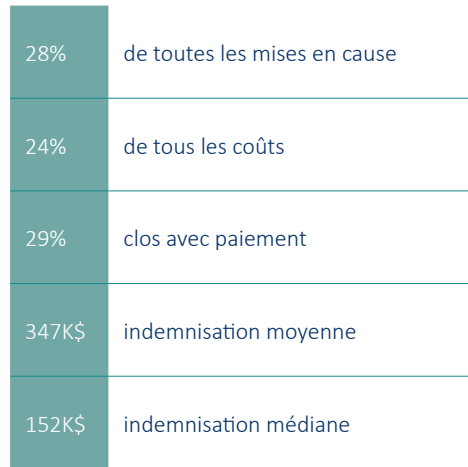
Actes les plus en cause



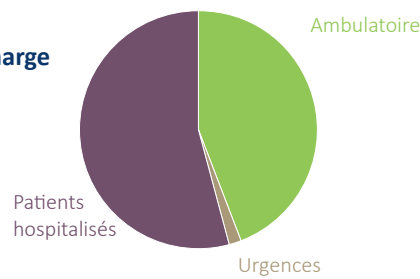
Conséquences corporelles



Chirurgie ambulatoire : mise en cause

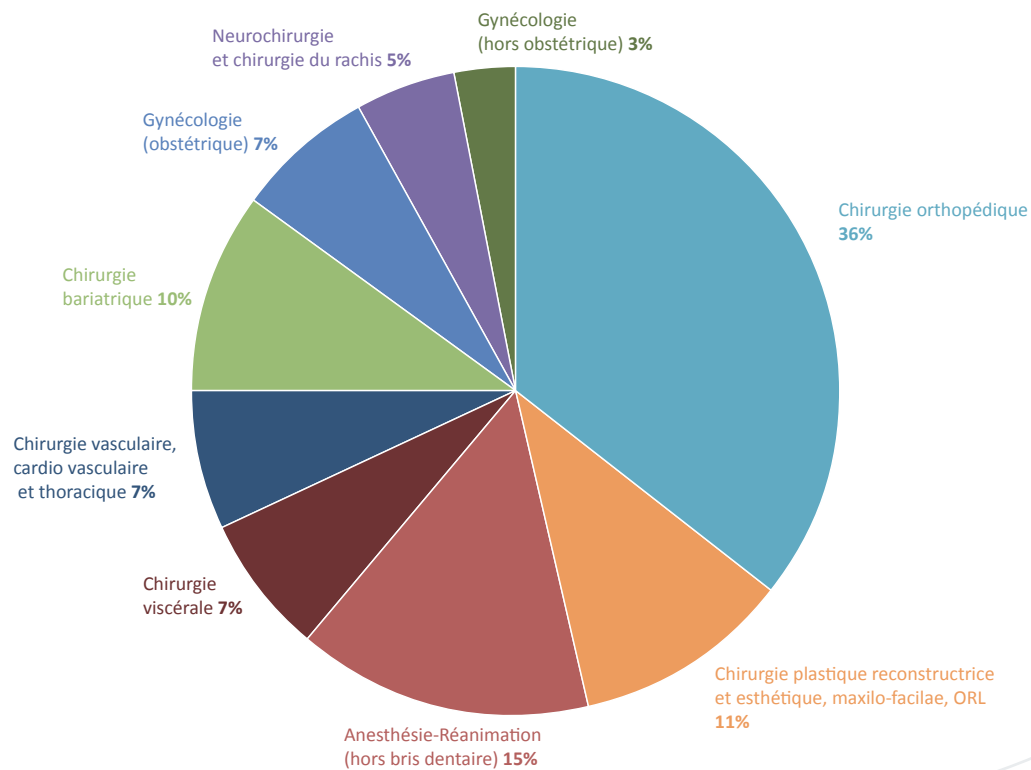


Mode de prise en charge



Répartition des mises en cause par spécialité hors ambulatoire

Fig 11: Répartition des mises en cause par spécialité hors ambulatoire chez Branchet



INDEMNISATIONS : UNE HAUSSE CONTINUE.

1 / ÉVOLUTION DES INDEMNISATIONS

Des indemnités stables mais une recrudescence de dossiers lourds

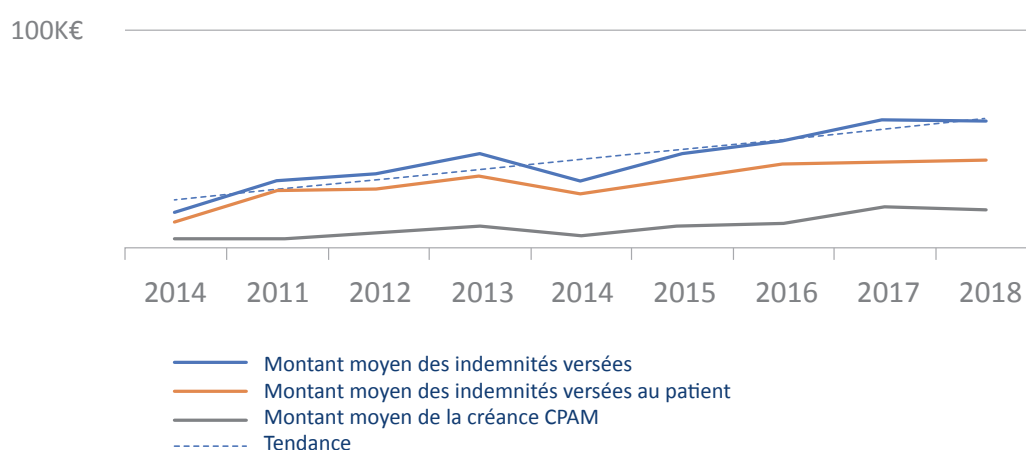
Les indemnités moyennes destinées à compenser les dommages subis par le patient croissent de façon quasi constante depuis plus de 15 ans, ce qui peut s'expliquer par une augmentation du nombre de dossiers lourds autant que par l'enchérissement des barèmes indemnitaires utilisés par les instances de règlement des dommages médicaux (juridictions et dispositif CCI).

On peut d'ailleurs constater la même tendance à l'augmentation aux États-Unis (données MedPro), avec une courbe moins ascendante pour la part de dossiers lourds. Il faut néanmoins souligner que le montant indemnitaire moyen est plus élevé aux États-Unis (données MedPro), où la proportion de dossiers supérieurs à 500K\$ est bien supérieure à celle connue en France.

18

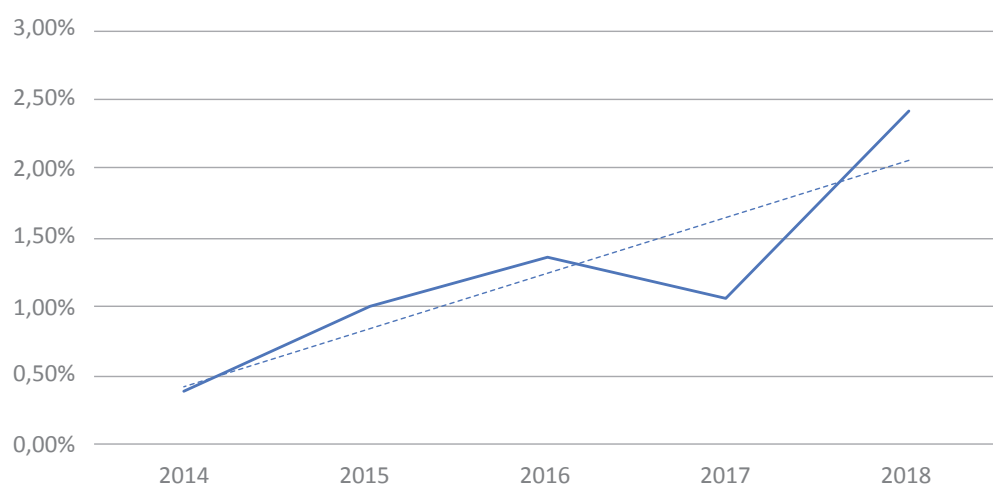
Indemnités versées

Fig 13 : Évolution des montants des indemnités versées depuis 2010 chez Branchet



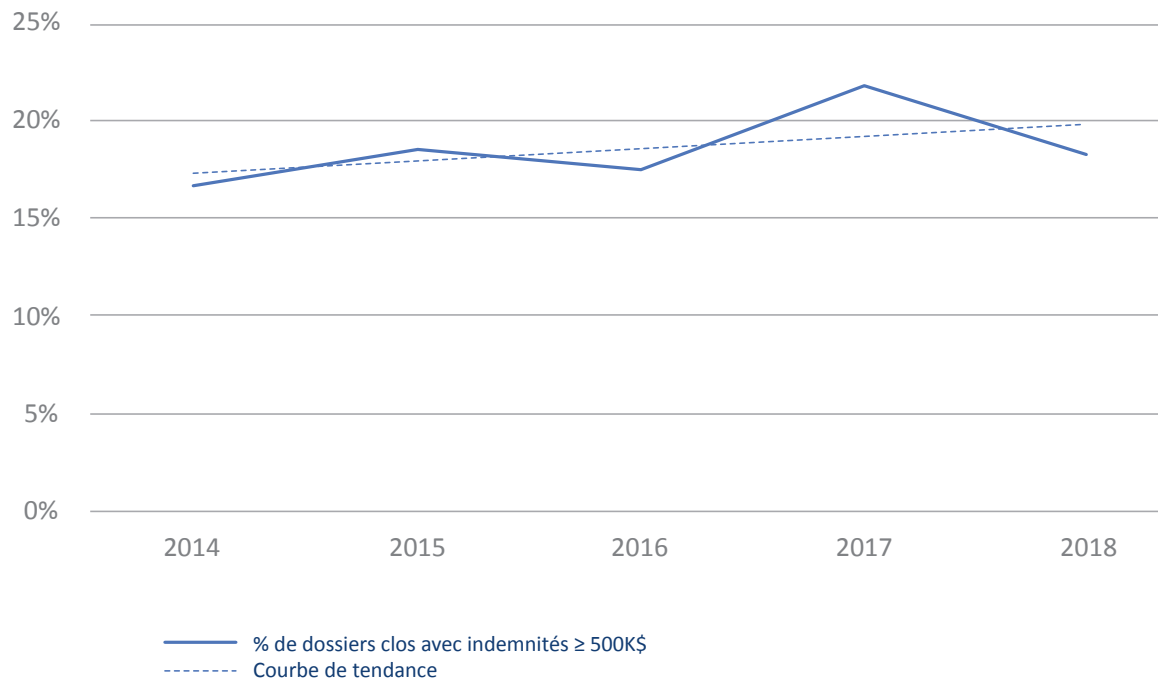
% de dossier clos à plus de 500 K€

Fig 14 : Évolution de la proportion de dossiers clos à plus de 500K€ chez Branchet depuis 2014, par année de clôture



% de dossiers clos à plus de 500 K\$

Fig 15 : Évolution de la proportion de dossiers clos à plus de 500K\$ chez MedPro depuis 2014



COMMENTAIRES

Le montant moyen des indemnités versées tant aux patients qu'aux organismes sociaux est en constante hausse.

Des juges sévères et des barèmes revus à la hausse

Cette tendance à la hausse est due à la sévérité des juges et aux barèmes d'indemnisation régulièrement revus à la hausse (hausse des barèmes s'agissant des différents postes de préjudices de la nomenclature Dintilhac et hausse des taux du barème de capitalisation de la Gazette du Palais).

Une hausse des dossiers à plus de 500 k€...

S'agissant des dossiers indemnisés à plus de 500 000 €, la tendance est également à la hausse avec un pic important pour les dossiers clos en 2018. En 2014, le pourcentage de dossiers clos avec une indemnisation supérieure à 500 000 € était de 0,5%, atteignant 2,5% en 2018 (sachant que seuls les dossiers clos avec indemnités sont pris en compte dans ce calcul).

Il a donc quintuplé en cinq ans. Ces chiffres permettent donc de conclure à un nombre plus important d'indemnités exceptionnelles ces dernières années.

...soit une dizaine de dossiers réglés en 2018

Une étude plus approfondie nous permet d'indiquer également que les 2,5 % de dossiers réglés au-delà de 500 000€ correspondent à une dizaine de dossiers clos sur l'année 2018. Ces dix dossiers sont répartis selon les spécialités suivantes :

4 en chirurgie du rachis, 3 en chirurgie viscérale, 1 en chirurgie bariatrique, 1 en chirurgie orthopédique du membre inférieur (prothèse de hanche) et le dernier en chirurgie thoracique. Les postes de préjudices entraînant les plus lourds montants d'indemnisation sont notamment le déficit fonctionnel permanent, l'assistance par tierce personne et les pertes de gains professionnels futurs s'agissant des indemnités versées aux patients, ainsi que le préjudice économique alloué au conjoint survivant pour les deux cas concernant des décès de patients. Quant aux organismes sociaux, la rente invalidité et les dépenses de santé sont les postes les plus importants des relevés de débours des caisses, venant alourdir le montant global des indemnités versées, élément à prendre en compte dans le provisionnement des sinistres à lourd enjeu financier.

Perrine BOUVY

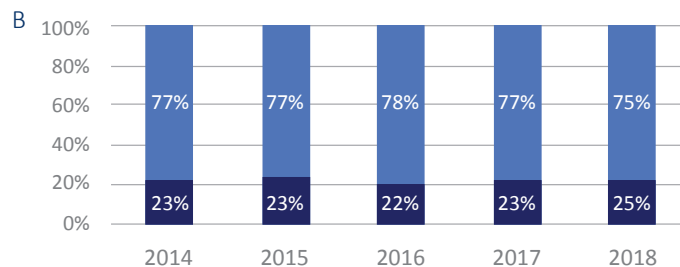
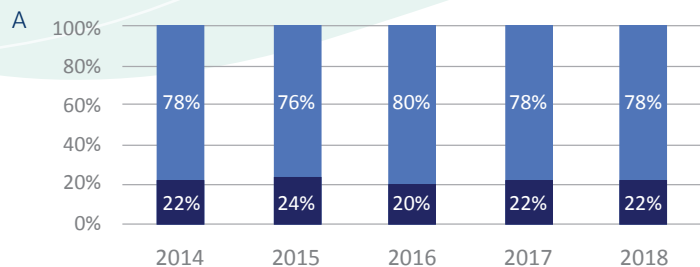
(Directrice défense et indemnisation, Branchet)

Répartition des dossiers clos* par exercice chez Branchet

*Quel que soit l'exercice de réclamation, les dossiers ont été clos entre 2012 et 2016

Fig. 16 : Répartition des dossiers clos selon l'indemnisation chez Branchet (A) et chez MedPro (B)

Répartition des dossiers clos par exercice chez MedPro



■ Indemnisé et clos

■ Clos sans indemnité

80 % des dossiers clos sans indemnités

Au cours des dernières années, la répartition des dossiers clos est remarquablement stable et laisse apparaître qu'environ 80% des mises en cause ne donnent lieu à aucune indemnité. On peut remarquer que la répartition globale est très comparable avec celle constatée aux États-Unis (données MedPro). On note néanmoins des différences importantes si l'on compare l'anesthésie-réanimation, où les assurés Branchet se voient mis hors de cause dans presque 90% des cas, et la chirurgie plastique où la part de mises hors de cause est presque trois fois moindre. Il faut noter que la chirurgie plastique est soumise à un régime de responsabilité spécifique, ce qui induit sans doute une plus grande sévérité dans l'appréciation des comportements pro-

fessionnels et devrait inciter les praticiens à une prudence absolue, s'agissant notamment des sujets information et consentement.

Branchet : un système de défense qui fait ses preuves

Ces excellents résultats révèlent néanmoins la qualité du système de défense Branchet, qui semble particulièrement efficace notamment dans le cadre des procédures CCI où le taux de mises hors de cause des assurés Branchet est de 83%. Un assuré Branchet présente donc moins de risques d'être responsabilisé par un avis CCI qu'un médecin couvert par d'autres acteurs pourtant importants de l'assurance de responsabilité médicale.

Fig 17 : Taux de mise hors de cause moyen par spécialité sur les 5 dernières années de clôture (clos sans suite et clos sans indemnité)

Spécialité	Taux de mise hors de cause (Branchet)	Taux de mise hors de cause (MedPro)*
Anesthésie-Réanimation (hors bris dentaire)	87%	78%
Chirurgie bariatrique	76%	65%
Chirurgie générale	72%	68%
Chirurgie orthopédique	83%	80%
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL	70%	79%
Chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique	82%	77%
Chirurgie viscérale	74%	NR
Gynécologie (hors obstétrique)	69%	74%
Gynécologie (obstétrique)	75%	68%
Neurochirurgie et chirurgie du rachis	76%	75%

*NOTE: tooth damage-related anesthesiology claims cannot be separated out at this level



2/ FACTEURS DE RISQUE PAR SPÉCIALITÉ

Chirurgie bariatrique

Fig. 18: Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en chirurgie bariatrique chez Branchet

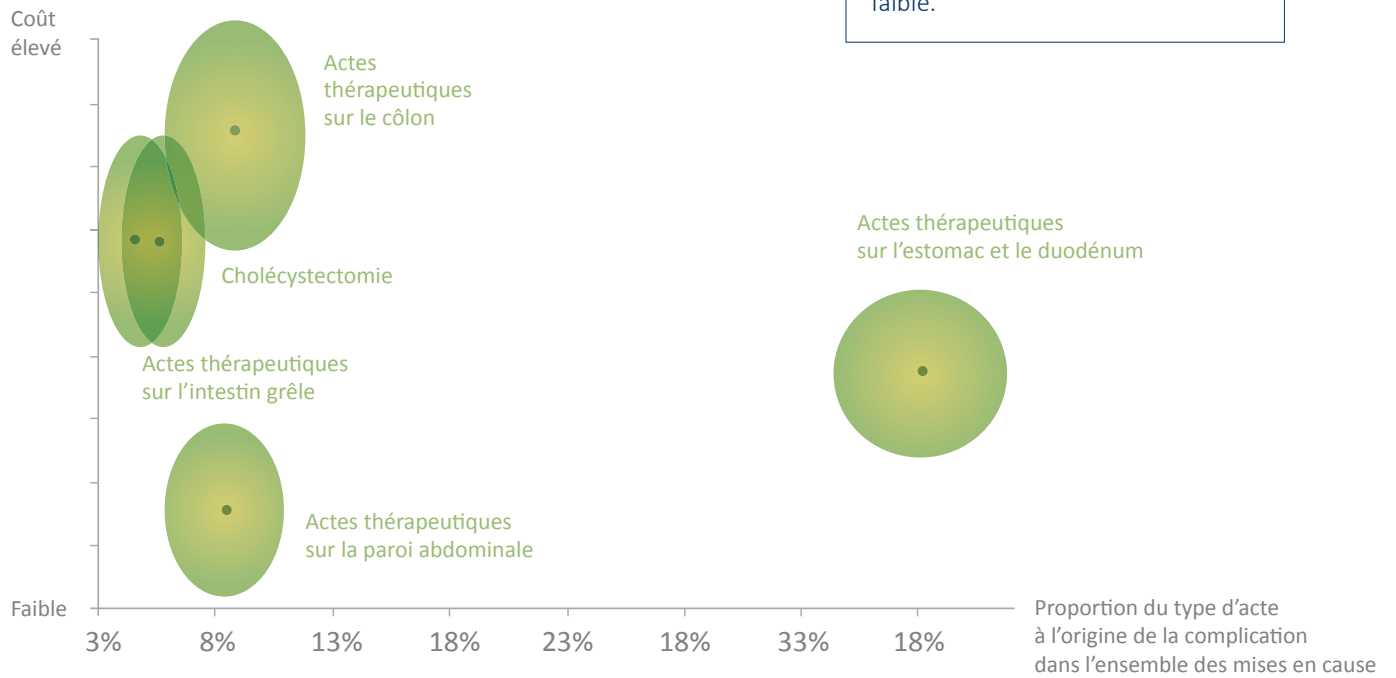
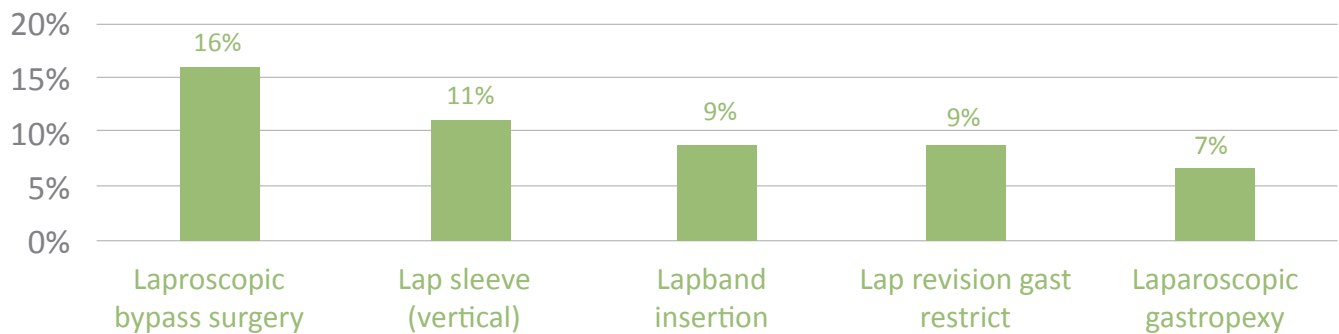


Fig. 19: Actes entraînant le plus de mises en cause en chirurgie bariatrique chez MedPro



COMMENTAIRES

50 % des complications liées à la chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique reste ce jour grevée d'une sinistralité significative. Ceci s'observe dans les chiffres de complications tant en France qu'aux États-Unis (données MedPro) où cette chirurgie atteint quasiment 50% du volume de complications si l'on additionne les différentes techniques pratiquées (by-pass, sleeve, anneau, révisions et gastropexies).

En France, la sinistralité observée dans cette pratique est toutefois légèrement inférieure, de l'ordre de 34%, mais l'analyse fine des données doit encore prendre en compte plusieurs paramètres. Le premier est le nombre de chirurgiens déclarant pratiquer cette chirurgie puisque seuls 50% des assurés effectuent réellement des actes de chirurgie bariatrique. Compte tenu de cette donnée, on peut considérer que les sinistres en lien direct avec la chirurgie bariatrique (23%) est inférieure à la sinistralité globale des chirurgiens (44%). L'explication en est bien entendu multifactorielle, les chirurgiens bariatriques n'exerçant pas exclusivement cette spécialité et alimentant probablement les sinistres « non bariatriques ». Mais cela amène néanmoins à un certain optimisme (même si modeste) concernant cette pratique chirurgicale.

Une sinistralité stable malgré la progression des actes

La fréquence des sinistres en chirurgie bariatrique n'augmente pas alors que la pratique est, elle, en progression ; les sinistres en lien avec la pratique des sleeves a cessé d'augmenter en 2018. Tout ceci est à mettre en regard avec le développement de centres de plus en plus spécialisés avec de hauts volumes d'activité, intégrant des parcours de soins complets, organisés autour de groupes de plusieurs chirurgiens et multidisciplinaires particulièrement affûtés en termes de préparation à l'intervention, d'information, de consentement éclairé mais également de prise en charge et de gestion des complications. Cette rigueur est rapidement extrapolée aux autres pratiques et apporte une sécurité globale dans la pratique chirurgicale. Si cette évolution devait se confirmer dans les prochaines années, les garde-fous mis en place en chirurgie bariatrique pourraient constituer un modèle pour d'autres procédures et pratiques chirurgicales.

Pr Didier MUTTER

(Chef de pôle chirurgie viscérale-digestive, Branchet)



Chirurgie orthopédique

Fig. 20 : Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en chirurgie orthopédique chez Branchet

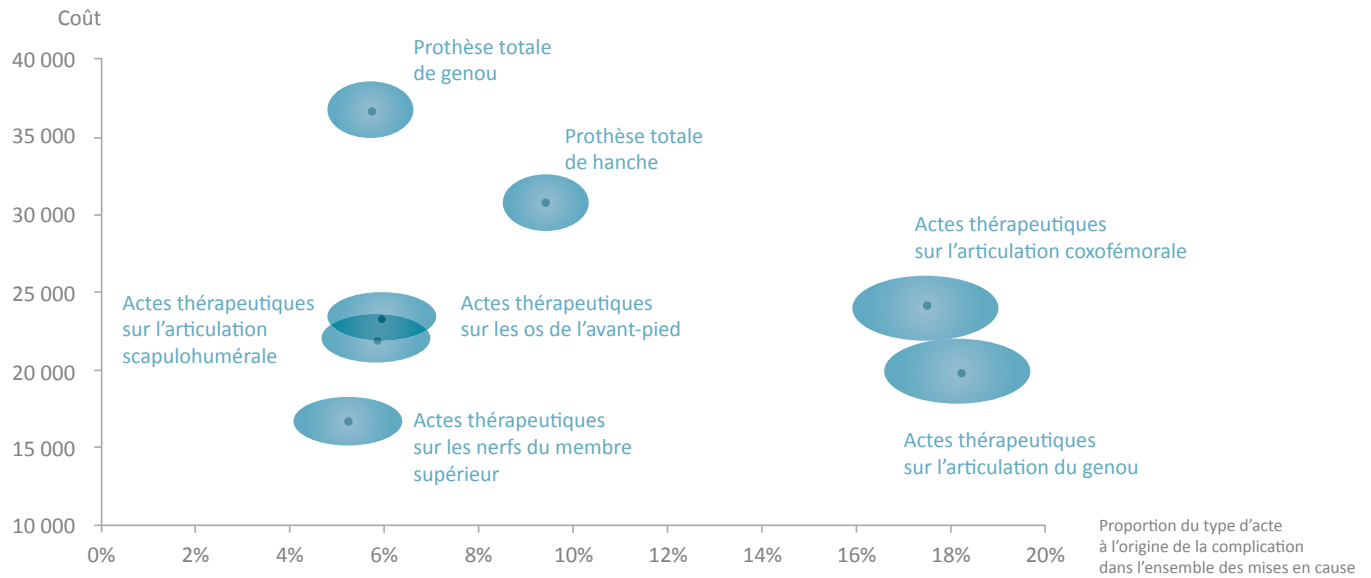
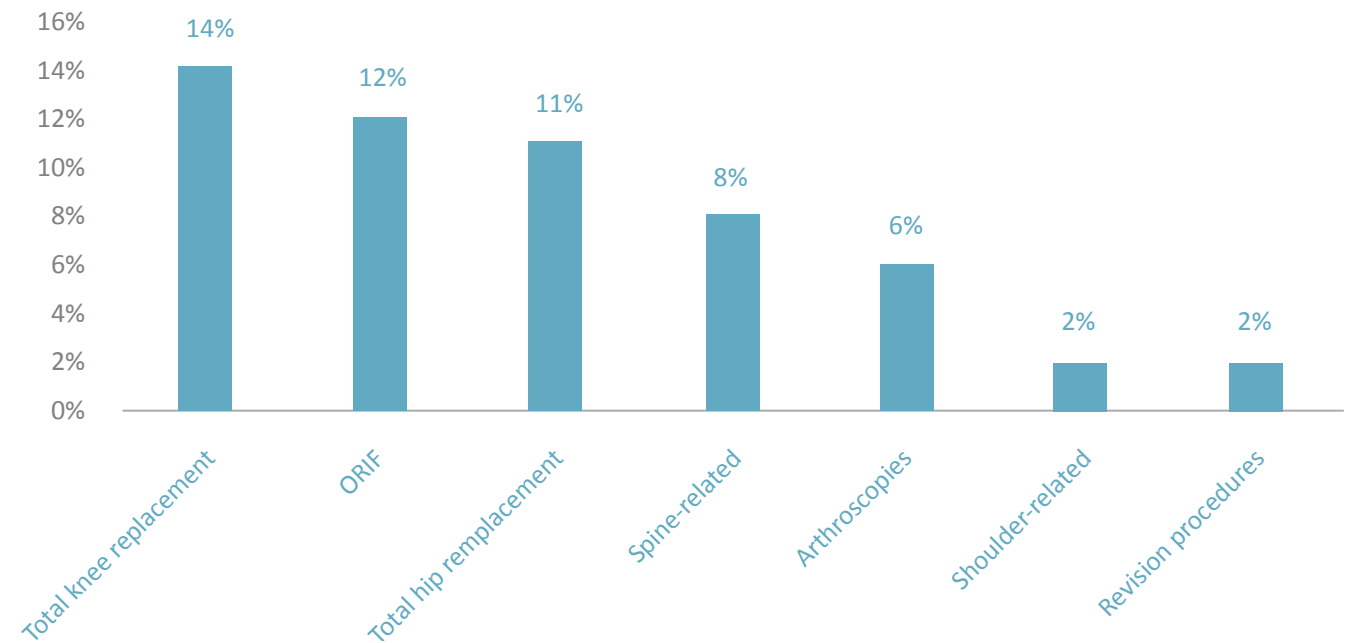


Fig. 21 : Actes entraînant le plus de mises en cause en chirurgie orthopédique chez MedPro



COMMENTAIRES

En orthopédie les données de la cartographie révèlent une petite tendance à la baisse de la fréquence des mises en cause entre 2016 et 2018, comme c'est d'ailleurs le cas globalement dans toutes les spécialités chirurgicales.

Une analyse plus fine montre que dans 83 % des cas l'orthopédiste **est mis hors de cause** à l'issue du dossier (en particulier, dans 81% des cas sa pratique professionnelle est jugée conforme aux règles de l'art).

Néanmoins, il reste toujours des progrès à faire sur la prise en charge infectiologique (une fois l'infection déclarée) bien que l'antibioprophylaxie soit jugée conforme dans 84% des dossiers analysés. À ce titre, nous ne pouvons qu'encourager nos assurés à requérir un avis infectiologique spécialisé, auprès des CRIOA, en amont de la prise en charge chirurgicale d'une infection ostéo-articulaire.

Les figures 20 et 21 nous montrent que les actes les plus pourvoyeurs de litiges sont ceux réalisés sur l'articulation

de la hanche et du genou en France comme aux États-Unis (données MedPro). En particulier, en France, la prothèse totale de hanche (PTH) et la prothèse totale de genou (PTG) sont responsables des plus grosses indemnités octroyées.

Chez nos partenaires américains les PTH et PTG arrivent dans le trio de tête des actes pourvoyeurs de mises en cause mais c'est la prise en charge des fractures (ORIF : open reduction and internal fixation) qui arrive en deuxième position. Nous ne retrouvons pas cette fréquence en France ce qui peut témoigner d'une différence dans le type d'activité des praticiens installés en libéral entre les deux pays.

Enfin il est intéressant de noter que la PTG arrive en première position aux États-Unis (données MedPro) (en fréquence et en coût) alors que c'est la PTH qui est en première position en France pour la fréquence et la PTG pour les indemnités.

Dr Frédéric SAILHAN

(Chef de pôle chirurgie orthopédique, Branchet)



Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL

Fig. 22 : Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, maxillo-faciale, ORL chez Branchet

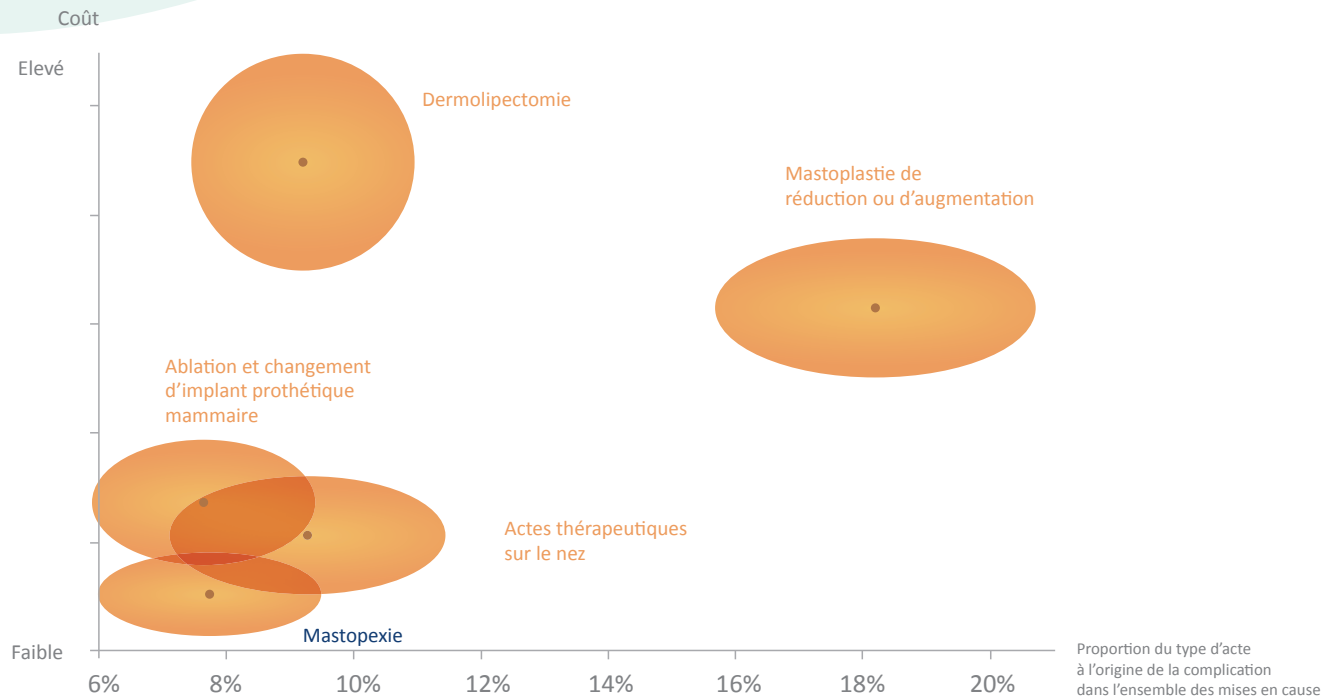
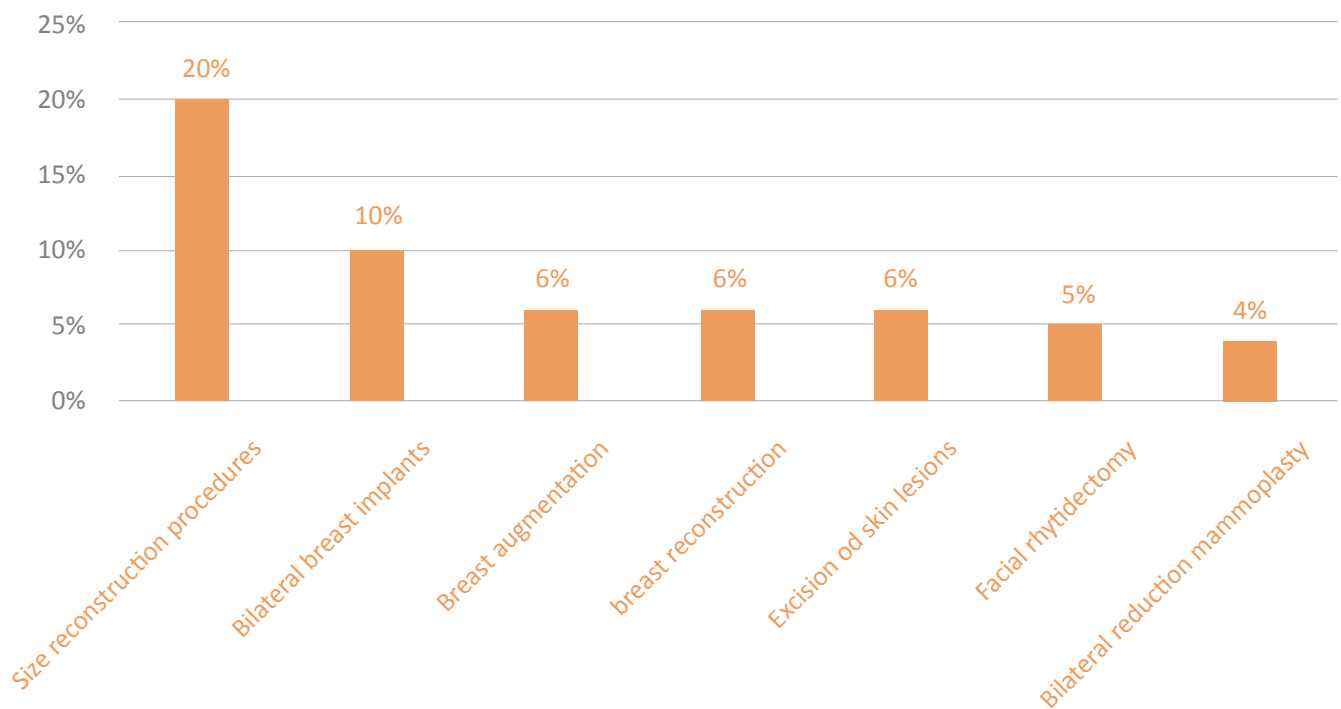


Fig. 23 : Actes entraînant le plus de mises en cause en chirurgie plastique chez MedPro



COMMENTAIRES

Les données concernant les spécialités de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (CPRE), associées aux autres spécialités de chirurgie faciale (CMF, ORL, Oph) sont à pondérer avec la proportion des assurés de chaque spécialité au sein de ce groupe, et la fréquence habituelle de mise en cause au sein de chaque spécialité en sachant que la CPRE fait partie des spécialités les plus concernées dans les procédures juridiques. Ces diagrammes révèlent toutefois qu'au sein de la CPRE, la chirurgie mammaire est fortement représentée dans les mises en cause, et plus particulièrement les interventions avec implants mammaires. Cela peut être associé à une « psychose » entretenue par certains médias et lobbies divers autour des implants, tout particulièrement depuis la crise PIP puis l'information faite sur le LAGC. La mastopexie à cicatrice périaréolaire a toujours été par ailleurs une intervention plus ou moins bien comprise par les patientes. Enfin, la

rhinoplastie est le lieu d'une grande exigence tant du point de vue de l'attente de résultat par les patients qu'au point de vue technique, sans compter qu'elle cristallise la demande de patients dysmorphophobiques. Pour l'abdominoplastie, les attentes sont parfois très élevées (chirurgie post bariatrique) avec un taux de complications non négligeable (rétraction sur sérome, désunions, voire complication grave même si rare comme l'embolie pulmonaire). Néanmoins, cette intervention apporte une très forte satisfaction aux patients. Enfin, la comparaison aux données MedPro ne peut que nous conforter sur la prédominance de la chirurgie du sein dans les mises en cause (aux États-Unis comme en France), en considérant également que la chirurgie d'augmentation mammaire est toujours l'intervention la plus fréquente en chirurgie esthétique dans le monde (Source ISAPS 2017).

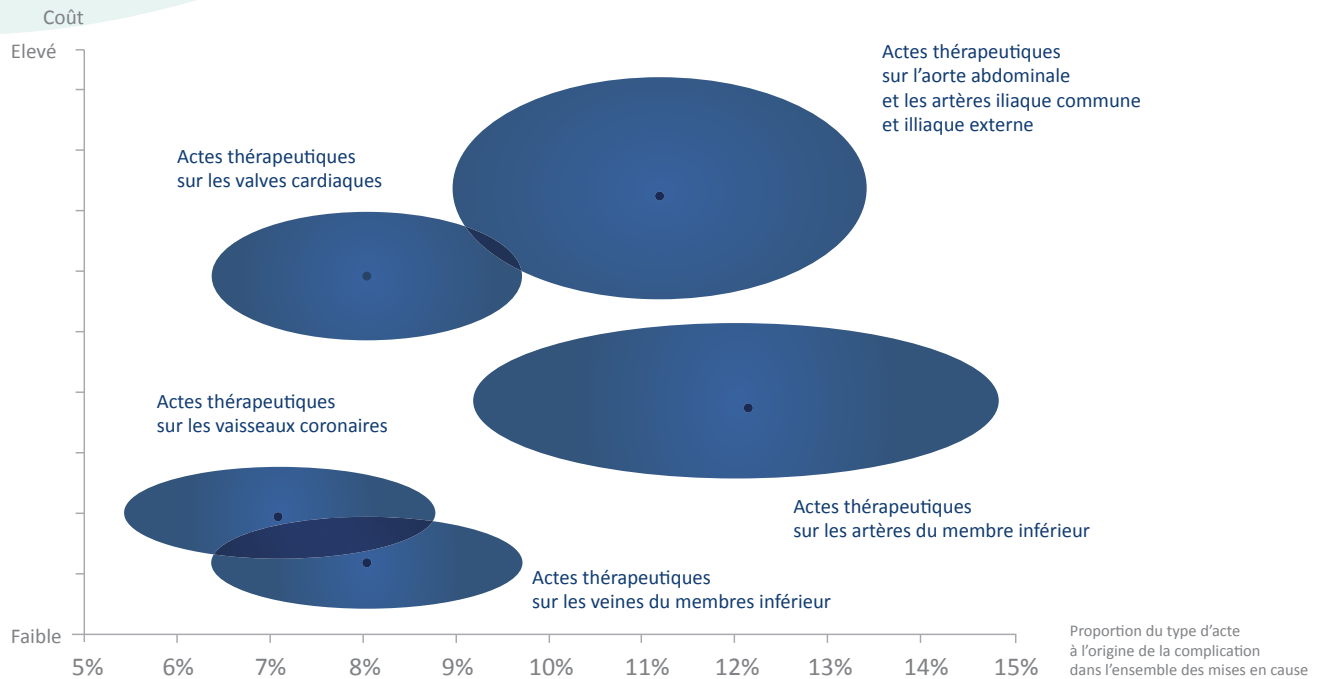
Dr Michel ROUIF

(Chef de pôle chirurgie plastique, Branchet)



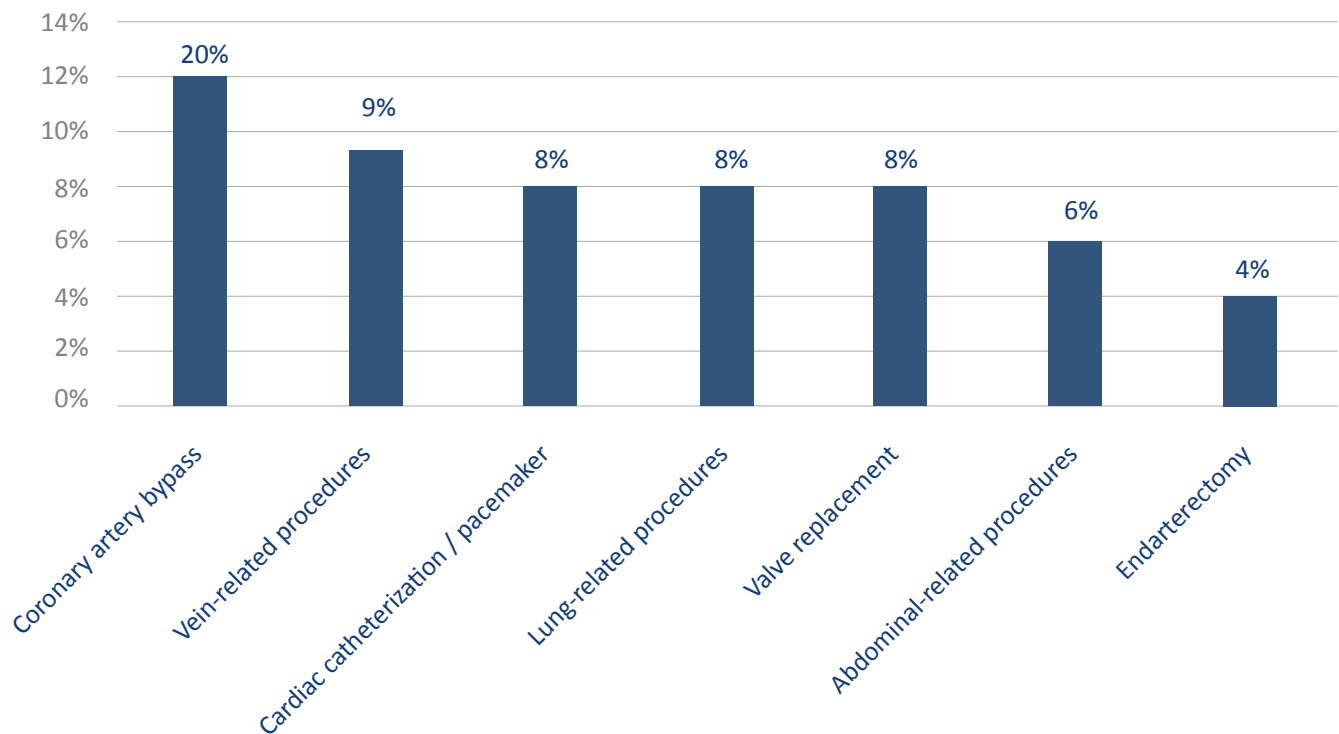
Chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique

Fig. 24: Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique chez Branchet



28

Fig. 25 : Actes entraînant le plus de mises en cause en chirurgie vasculaire, cardio-vasculaire et thoracique et chez MedPro



COMMENTAIRES

L'analyse de la sinistralité en chirurgie cardio-vasculaire et thoracique montre deux axes vers lesquels doivent porter nos efforts pour espérer améliorer nos résultats.

Améliorer l'information

Premièrement, il nous faut améliorer davantage le devoir d'information, trop souvent insuffisant, voire même absent, malgré la mise à disposition de fiches spécifiques pour chacun des actes de la spécialité, et des réunions de sensibilisation, certaines ayant le label de nos Sociétés Savantes. Se limiter à un consentement éclairé standard, sans aucune mention des choix thérapeutiques possibles, y compris ceux de l'abstention ou de l'évolution naturelle de la pathologie en cause, ni surtout des échecs et complications susceptibles de survenir, ne suffit plus depuis de nombreuses années. Il s'agit d'un axe qu'il est très facile d'améliorer et qui doit faire partie intégrante du contrat de confiance entre praticien et patient.

Éviter le retard de prise en charge des complications

Le deuxième écueil rencontré dans notre pratique

concerne le retard de prise en charge d'une complication postopératoire, qu'il s'agisse d'une hémorragie, d'une thrombose ou encore d'une complication septique. Ce retard préjudiciable explique en grande partie l'augmentation des indemnisations au sein de la spécialité car source de séjours prolongés en réanimation, de lourdes séquelles sur le plan fonctionnel imposant trop souvent une tierce personne en viager, un aménagement du lieu de vie et des soins au long cours. Une discussion pluridisciplinaire avec nos collègues anesthésistes-réanimateurs et infectiologues notamment, doit permettre une meilleure prise en charge des complications postopératoires. Enfin, lors de la survenue d'une complication, il nous faut maintenir la communication avec le patient, voire ses proches s'il le souhaite, afin de toujours garder ce climat de confiance. La comparaison franco-américaine fait apparaître une différence significative en termes de sinistralité, dominée chez nos collègues outre atlantique (données MedPro) par les revascularisations coronariennes par pontages, alors qu'en France, ce sont les actes portant sur l'étage aorto-iliaque qui dominent...

Dr Claude GIRAUD

(Chef de pôle chirurgie vasculaire, Branchet)



Chirurgie viscérale

Fig. 26 : Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en chirurgie viscérale chez Branchet

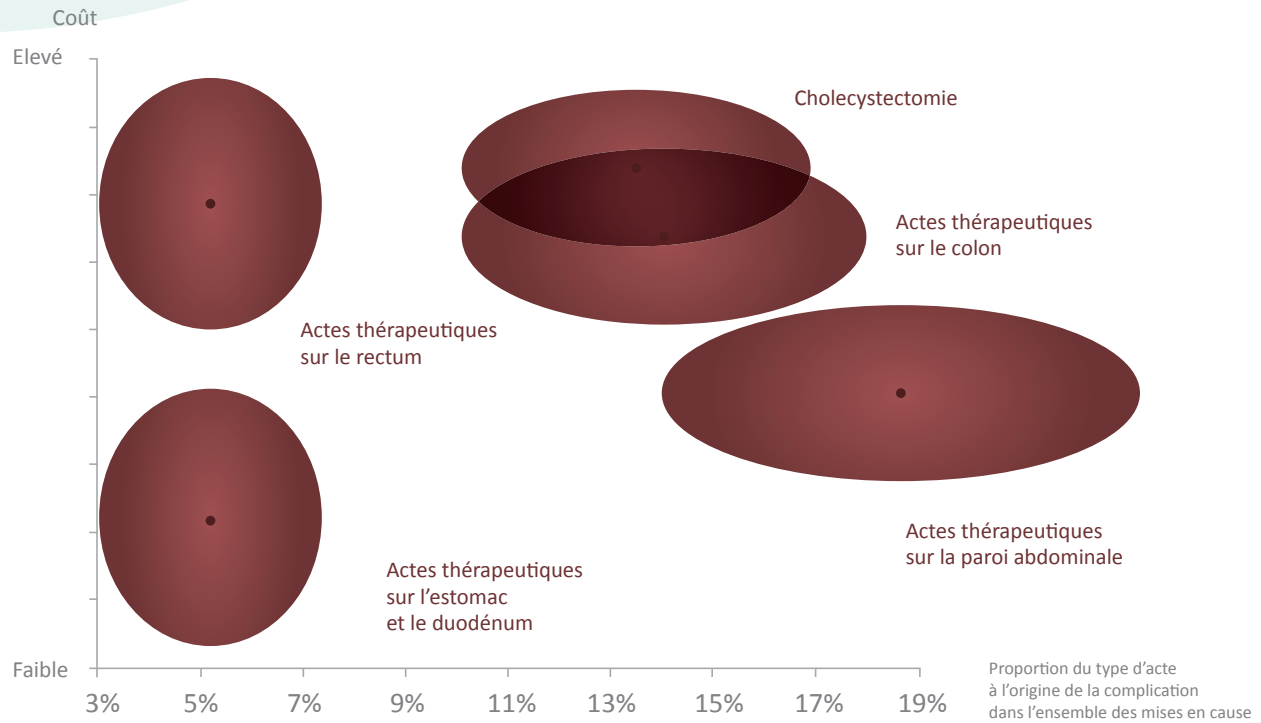
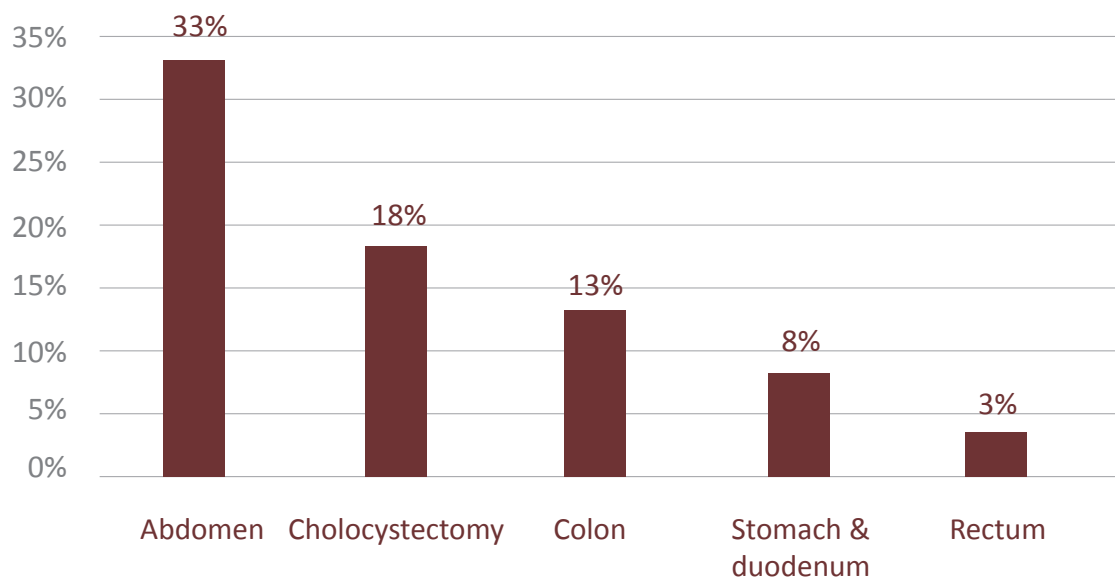


Fig. 27 : Actes entraînant le plus de mises en cause en chirurgie viscérale chez MedPro



COMMENTAIRES

Chirurgie viscérale : une fréquence de mise en cause stable...

L'exercice de la chirurgie viscérale s'inscrit, en termes de sinistralité, dans la moyenne des activités du bloc, avec une mise en cause en moyenne tous les 2 ans et 8 mois, ce qui est relativement stable.

...comparable à celle observée aux États-Unis (données MedPro)

La comparaison franco-américaine portant sur la fréquence des sinistres par type d'actes laisse apparaître

une très forte similarité. Elle est logiquement corrélée à l'incidence connue des complications chirurgicales de chaque procédure. Il faut néanmoins préciser que les données américaines MedPro portant sur la «chirurgie de l'abdomen» comprennent des actes plus variés et nombreux que ceux portant sur «la paroi abdominale» dans les données françaises, ce qui explique leur plus grande fréquence dans les tableaux présentés.

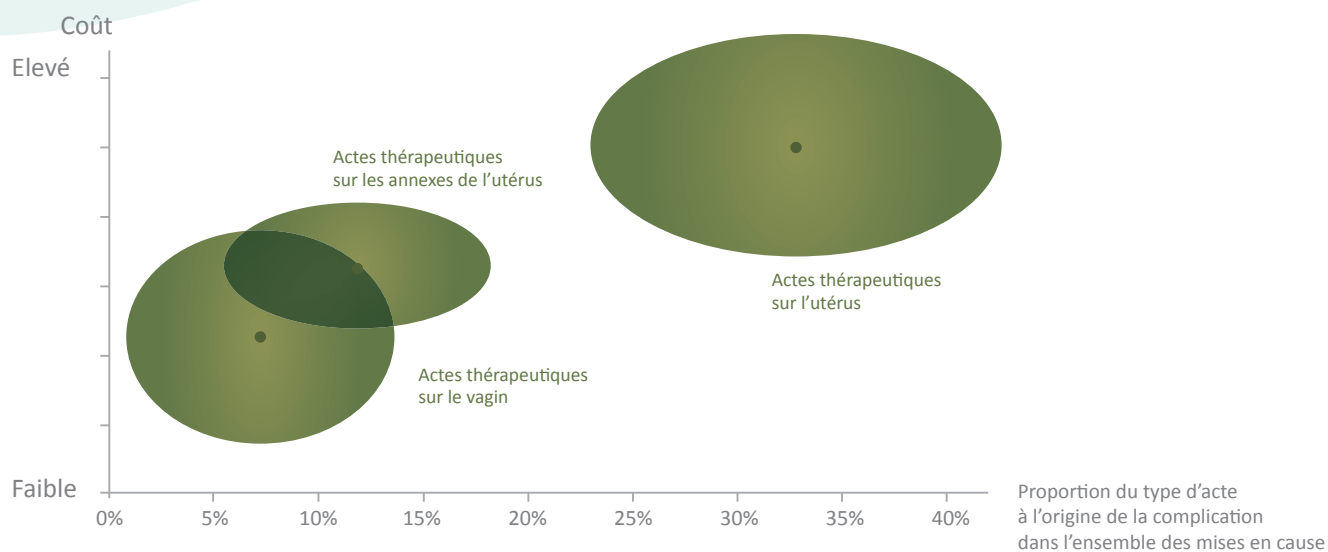
Pr Didier MUTTER

(Chef de pôle chirurgie viscérale-digestive, Branchet)



Chirurgie gynécologique (hors obstétrique)

Fig. 28 : Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en gynécologie chez Branchet



32

Fig. 29: Répartition des hystérectomies par type de voie

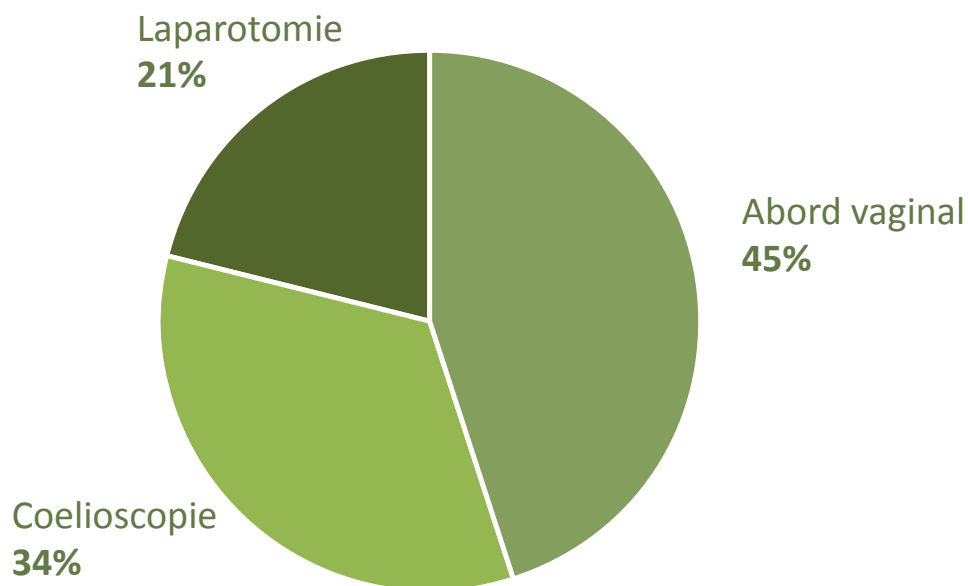
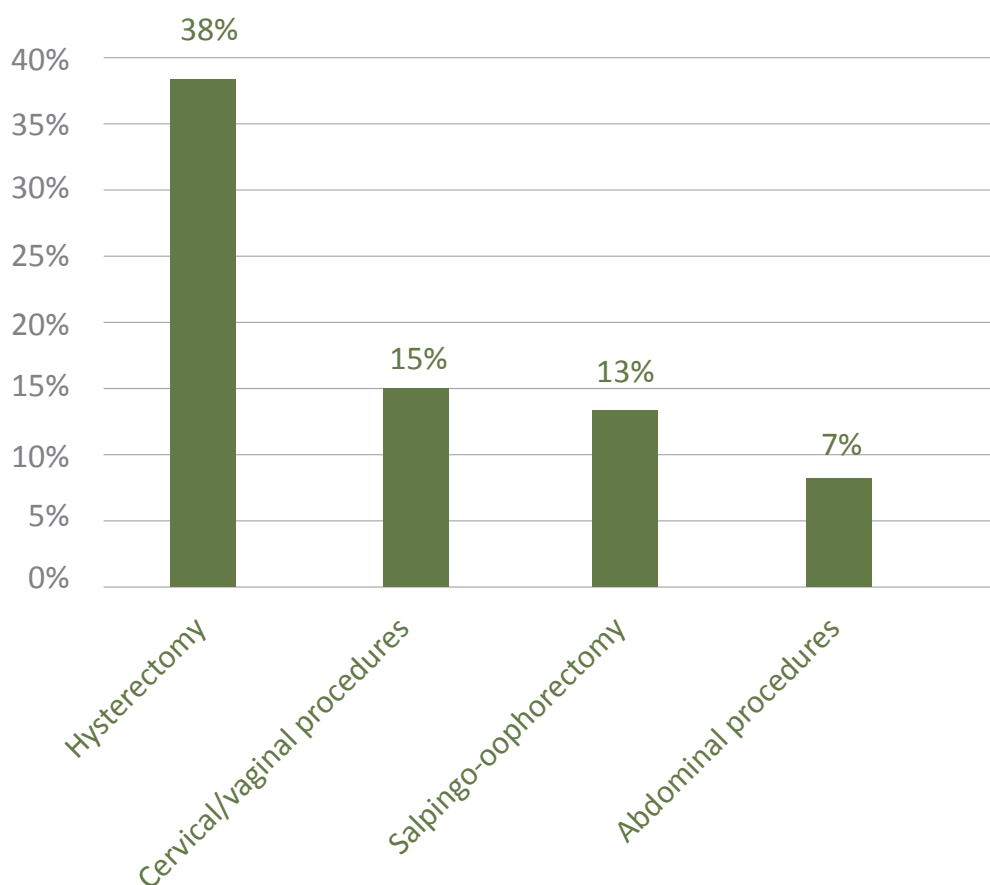


Fig. 30 : Actes entraînant le plus de mises en cause en gynécologie chez MedPro



COMMENTAIRES

Le poids de l'hystérectomie

L'analyse de la sinistralité fait ressortir l'hystérectomie comme responsable du plus grand nombre de mises en cause (35 sinistres sur la période). Cela est identique à ce qui est observé aux États-Unis (données MedPro). Et cela est également proche des résultats de la dernière cartographie 2009-2013 (édition 2017)

Une sinistralité stable malgré la progression de la coelioscopie

Si l'on essaye d'analyser plus avant l'on constate, concernant la voie d'abord une progression de la coelioscopie (34% contre 28% dans l'édition 2017), une diminution de la voie laparotomique (21% contre 26% auparavant) et une stabilité de la voie vaginale qui représente encore 45% des sinistres.

Ces chiffres semblent en ligne avec l'évolution des techniques chirurgicales, la coelioscopie devenant de plus en plus importante. A cet égard la voie d'abord coelioscopique ne semble pas plus à risque que les autres voies, ce qui est rassurant et vient contredire les prévisions pessimistes qui annonçaient une explosion des accidents liés à la coelioscopie.

Concernant les complications elles-mêmes, c'est toujours la blessure urétérale qui arrive au premier plan, suivie des problèmes hémorragiques et infectieux.

Intérêt pour la voie vaginale, interventions robot-assistées : des tendances à surveiller

Par rapport à la situation outre-Atlantique, la majorité des sinistres semble intéresser la laparotomie mais il est vrai que la voie vaginale a été récemment remise au goût du jour et que l'on ne dispose pas de chiffres actuellement. Il faudra essayer de voir la sinistralité des hystérectomies robot-assistées aux États-Unis qui devrait être un indicateur prévisible de ce que l'on risque d'observer en France dans les années à venir.

La deuxième cause de sinistralité reste sans surprise la chirurgie annexielle (13 sinistres) : c'est logique compte tenu du nombre de chirurgies pratiquées à ce niveau. Enfin les risques spécifiques des prothèses vaginales ou de la chirurgie de l'endométriose profonde restent très limités en nombre dans cette cartographie 2014-2018.

Dr Antoine WATRELOT
(Président d'ASSPRO et de FONDAPRO)

Gynécologie (obstétrique)

Fig. 31 : Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en obstétrique chez Branchet

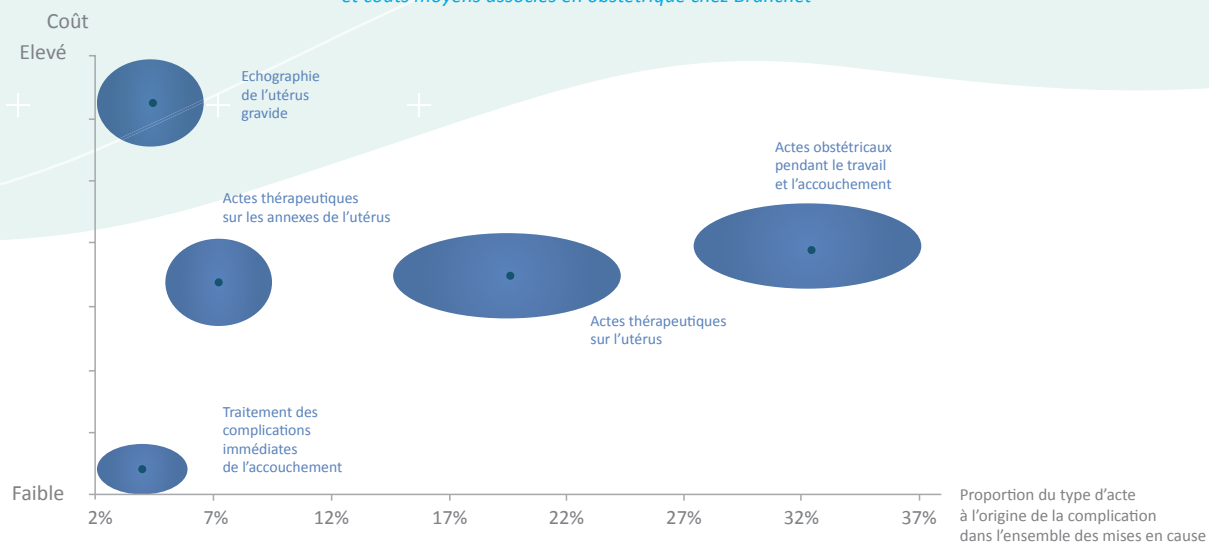
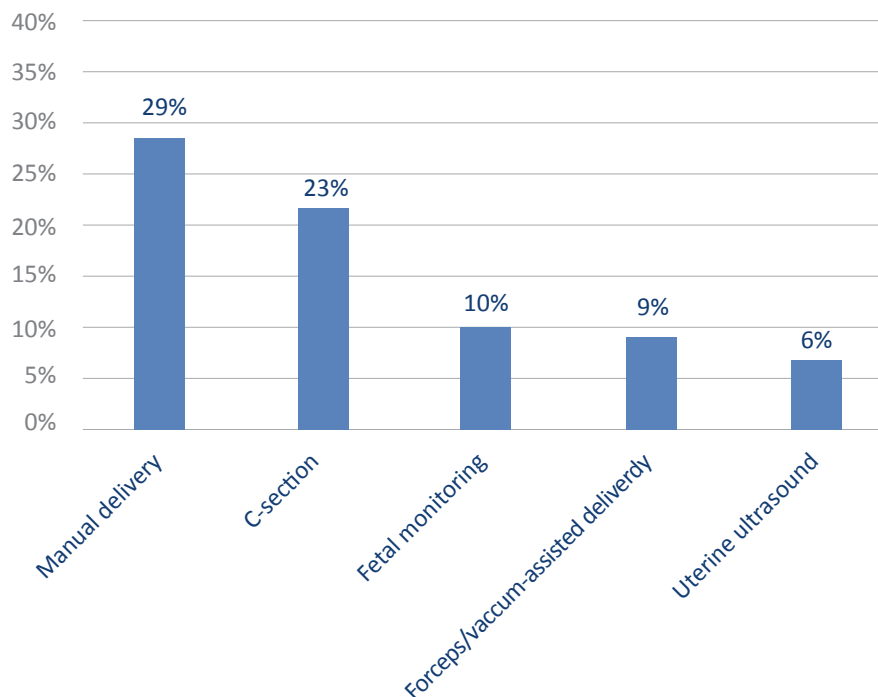


Fig. 32: Actes entraînant le plus de mises en cause en obstétrique chez MedPro



COMMENTAIRES

En France comme aux États-Unis, les mises en cause en obstétrique concernent en premier lieu l'accouchement chez la primipare avec la possibilité des complications les plus graves telles que paralysie cérébrale ayant un retentissement majeur sur le plan indemnitaire parmi les plus élevés de l'exercice médical.

Cela s'explique par un âge de plus en plus élevé lors du premier accouchement, avec un travail souvent plus long que lors des accouchements ultérieurs et un plus fort taux d'extractions instrumentales et de césariennes.

Deuxième par ordre de fréquence de mises en cause, les césariennes réalisées pendant le travail avec deux indications majeures, les anomalies du rythme cardiaque fœtal et les ruptures utérines à la suite d'une tentative d'accouchement sur utérus cicatriciel.

Un moyen de parvenir à la réduction du nombre de césariennes en urgence serait d'augmenter les césariennes de principe, ce qui va à l'encontre des recommandations actuelles.

Pr Léon BOUBLI

(Chef de pôle gynécologie-obstétrique, Branchet)

Neurochirurgie et chirurgie du rachis

Fig. 33 : Groupe d'actes entraînant le plus de mises en cause et coûts moyens associés en neurochirurgie et chirurgie du rachis chez Branchet

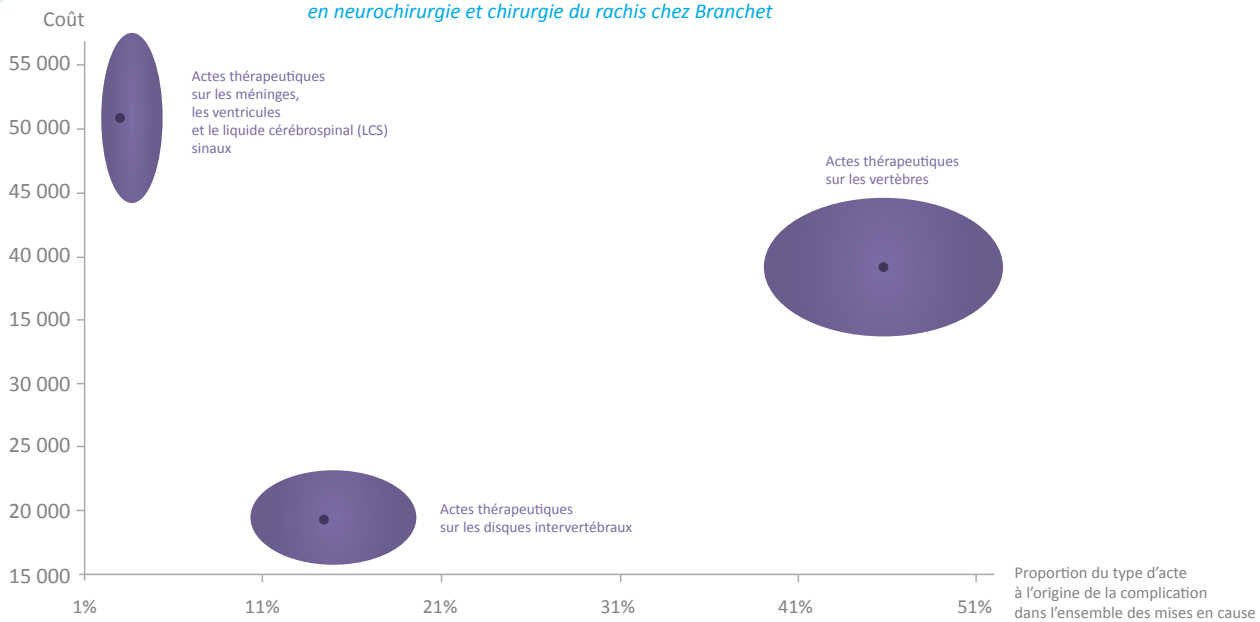
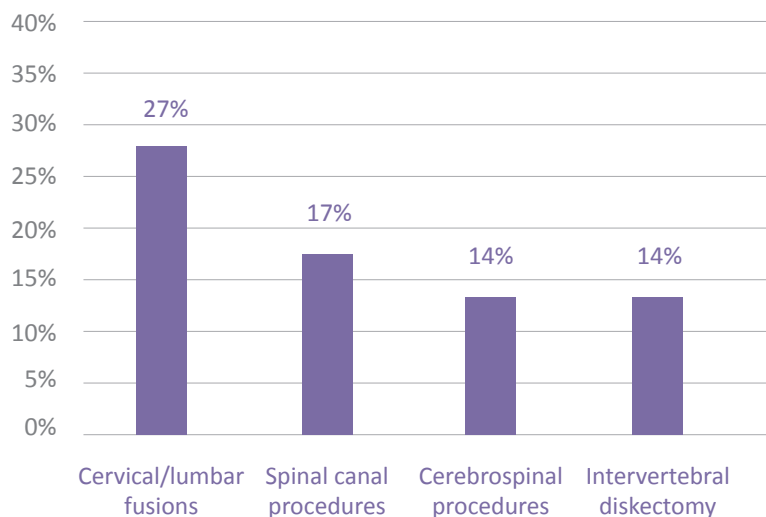


Fig. 34: Actes entraînant le plus de mises en cause en neurochirurgie chez MedPro



COMMENTAIRES

Exérèse discale : fréquente mais peu de complications

Bien que la chirurgie d'exérèse discale soit l'intervention la plus fréquemment réalisée en chirurgie du rachis, elle n'est pas la plus pourvoyeuse de mises en cause. Probablement, ceci est lié au fait que la fréquence des complications de cette chirurgie soit relativement basse. Par contre, les actes plus complexes sur les vertèbres (de décompression, ostéosynthèse, arthrodèse...) sont au premier plan des mises en cause du fait notamment de la gravité potentielle de leurs complications. Concernant les actes de neurochirurgie portant sur les enveloppes méningées et le LCR, la fréquence de mise en cause est basse en relation avec le nombre faible d'actes pratiqués par les assurés.

Des fréquences comparables aux États-Unis (données MedPro) sauf pour les procédures cérébro-spinales

La comparaison entre les données franco-américaines montre une certaine homogénéité avec des pourcentages de mise en cause comparables pour les différents groupes d'actes de chirurgie du rachis. À la différence de ceux concernant les procédures cérébro-spinales qui sont des sources plus élevées de mise en cause aux États-Unis possiblement du fait de leur plus grande fréquence de réalisation outre-Atlantique dans le groupe des praticiens MedPro.

Pr Patrick MERTENS
(Chef de pôle neurochirurgie, Branchet)

RISQUES LIÉS À LA PRATIQUE DE L'ANESTHÉSIE :

RÉALITÉS FRANÇAISES ET NORD-AMÉRICAINES.

Pr Hervé Bouaziz

(Chef de pôle anesthésie-réanimation, Branchet, CHU Nancy)

Pr Pierre ALBALADEJO

(Anesthésiste-réanimateur, CHU Grenoble)

36

L'évolution de la sinistralité en anesthésie est le reflet d'une pratique qui peut varier d'un pays à l'autre. Il apparaît que certaines tendances sont communes aux pratiques françaises et américaines. Cependant, l'analyse de la pratique nord-américaine dans sa diversité nous apporte certains éléments de réflexion pour prévenir des risques liés à l'évolution de nos propres pratiques.

L'analyse de la sinistralité et des données de la littérature révèle des facteurs qui aggravent le risque comme les com-

pétences non techniques individuelles et collectives (communication, travail d'équipe, facteurs cognitifs) ainsi que les organisations.

Ces thèmes sont abordés à partir de données de la sinistralité américaine et française, de la littérature et de données récentes du congrès de l'ASA 2019 (American Society of Anesthesia).

Données comparées MedPro-BRANCHET

Année	Fréquence
2014	14,1%
2015	14,8%
2016	15,2%
2017	16,4%
2018	19%

Fréquence annuelle des mises en cause en anesthésie-réanimation chez Branchet

Année	Fréquence
2012	5,9%
2013	5,5%
2014	6,8%
2015	5,3%
2016	5,6%

Fréquence annuelle des mises en cause en anesthésie-réanimation chez MedPro

La fréquence des mises en cause pour cette spécialité a augmenté de 25% au cours des cinq dernières années (1 sinistre tous les 5 ans en France). Cette fréquence est moindre aux États-Unis (données MedPro) et affiche une bonne stabilité (1 sinistre tous les 20 ans). Cette différence entre la France et les États-Unis (données MedPro) doit être pondérée par l'existence en France des CCI.

Cette tendance française n'est pas forcément liée à une dégradation des pratiques. En effet, à la suite de ces réclamations, la responsabilité des anesthésistes-réanimateurs n'est retenue que dans environ 13% des cas. Le risque de mise en

cause est donc bien supérieur au risque de responsabilité. Aux États-Unis comme en France les mises en cause des praticiens portent essentiellement sur les anesthésies générales (76% en France, 65% aux États-Unis, données MedPro). C'est lorsqu'on prend en compte la notion d'ambulatoire que les différences sont les plus notables, puisque 36% des mises en cause en anesthésie-réanimation aux États-Unis font suite à un acte réalisé en ambulatoire alors que ce taux n'est que de 15% pour les anesthésistes-réanimateurs assurés Branchet. Pour autant, le taux de recours à l'ambulatoire, similaire entre nos deux pays (pour mémoire 60% de la totalité des actes chirurgicaux aux États-Unis contre 56%

en France) ne suffit pas en soi à expliquer cette différence qui doit néanmoins alerter sur le fait que l'augmentation du recours de l'ambulatoire prévue dans le plan Ma santé 2022 ne pourra être un succès qu'à la condition de ne pas alourdir les risques pesant sur les patients.

À l'instar des États-Unis, s'il doit y avoir une progression des actes ambulatoires, ceci ne pourra se faire vraisemblablement que pour des procédures plus lourdes ou chez des patients porteurs de comorbidités. Dans ces conditions une augmentation de la fréquence des complications va nécessairement se produire.

Nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge plus précoce des complications

L'analyse des événements indésirables graves survenant dans la période périopératoire révèle l'importance de facteurs liés à l'organisation et au professionnalisme des praticiens. La maîtrise de ces facteurs permettrait de prévenir et d'atténuer les réclamations.

L'isolement est un facteur de risque de complications, de retard de prise en charge et de sinistralité. En France elle est illustrée par la permanence des soins, la nuit et la fin de semaine ou les activités délocalisées (radiologie et cardiologie interventionnelle, lithotritie, endoscopie...etc). En France, les référentiels d'organisation des sites opératoires et la nécessité de mises en place de procédures répondent théoriquement à ces préoccupations.

Aux États-Unis, ce problème est aiguisé par des organisations particulières comme l'« Office Based Anesthesia » où les praticiens peuvent exercer seuls dans une structure. Ce mode d'exercice impose d'organiser un recours en cas de complications (911, convention avec des soins intensifs). Le cas de l'anesthésie pour dentisterie suscite des controverses aux États-Unis car cette pratique (de la sédation légère à l'anesthésie générale) peut être réalisée et surveillée par des personnels non qualifiés en anesthésie. Au-delà de la polémique suscitée par la question de l'anesthésie réalisée par des non-anesthésistes, la Société Américaine d'Anesthésie a

produit plusieurs référentiels pour définir les compétences et les conditions de réalisation et de surveillance d'une sédation. Le thème de la communication et le partage de l'information comme éléments essentiels pour prévenir et atténuer le risque ont fait récemment l'objet d'une littérature importante et de nombreuses communications aux congrès de l'ASA. Les transmissions (handoffs) entre les professionnels (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, infirmiers, IADE) sont porteuses de risque à des moments critiques du parcours du patient (SSPI, réanimations, secteurs de soins). Leur structuration (check-lists) permettrait d'éviter la perte d'information essentielle pour la prise en charge du patient (anticoagulants, anti-infectieux, etc). D'une manière générale, c'est bien la notion de travail d'équipe qui, ici, est en jeu. Ce travail d'équipe implique l'acceptation d'un leadership, l'adhésion à des règles de communication (closed loop) ainsi qu'un comportement collégial, professionnel et bienveillant.

À cet égard, la distraction et l'interruption de tâche ont été identifiées comme des éléments porteurs de risque dans différentes situations. Parmi elles, on peut citer les erreurs médicamenteuses, la perte de la conscience de la situation (smartphone) ou le risque d'infection du site opératoire (distraction pendant la fermeture chirurgicale).

À ces valeurs primordiales du professionnalisme s'ajoute la problématique des comportements inappropriés (harcèlement, violences verbales à l'égard des personnels ou des patients...) qui augmente le risque d'événements indésirables, entache l'image des professionnels et leur bien-être (risque de burn-out).

La pratique de notre spécialité est essentiellement centrée sur des aspects médico-techniques (« proceduralist vs physician »). En revanche, les règles de communication et l'abord psychologique des patients et de leurs proches ont un impact majeur sur le risque de réclamation (annonce des mauvaises nouvelles).

Facteurs de risque associés aux réclamations

Parmi les facteurs les plus fréquemment associés aux réclamations, on retrouve des facteurs communs aux États-Unis et en France

	France	États-Unis
Communication	37%	34%
Traçabilité	33%	25%
Respect des procédures	22%	15%
Jugement clinique	18%	61%

Le jugement clinique qui regroupe les éléments telles l'évaluation préopératoire, la planification, la conscience de la situation pendant l'intervention, la détection et la prise en charge précoce des complications ; la communication qui comprend le partage d'informations, les transmissions, les bonnes relations avec le patient et avec les soignants, le

consentement ; la traçabilité des documents et les éléments de professionnalisme qui impliquent l'adhésion aux procédures communes et à la discipline de groupe (accréditations). Enfin la compétence technique qui dans les deux pays est un facteur majeur doit être considérée comme « la partie émergée de l'iceberg ».

RELATION MÉDECINS-PATIENTS :

VERS UNE REFONDATION DE LA CONFIANCE MÉDICALE.

FONDAPRO, fondation placée sous l'égide de la Fondation de France et vouée à l'amélioration de la condition du patient et à la réduction du risque médical s'est associée cette année à Branchet et à l'institut de sondage Odoxa afin d'avoir, par la mise en œuvre d'un sondage, une vision plus précise de la relation soignants-patients.

38

1/ RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE FONDAPRO¹

Les réponses à ce sondage se sont révélées particulièrement éclairantes sur quelques points d'achoppement entre médecins et patients qui remettent en question la confiance entre ces acteurs de la santé. Si les réponses données tant par les professionnels de santé assurés Branchet que par les patients sont parfois inquiétantes, plusieurs pistes peuvent être suivies pour œuvrer à une amélioration de la situation.

Refonder la confiance médicale est donc possible, d'autant plus qu'elle est la pierre angulaire au service de la sécurité des soins et que le parcours de soins se complexifie de plus en plus avec la nouvelle loi de santé. Il se joue désormais hors les murs de l'hôpital ; les nouvelles bases de ce dialogue s'avèrent cruciales et sont l'affaire de tous : professionnels comme patients.

Divergence de vues sur la relation de confiance entre patients et soignants

36% des patients jugent la relation « mauvaise » et ce niveau tend à augmenter auprès des jeunes (44%) et des Français les plus modestes (40%) (Fig. 35). Ce chiffre est véritablement inquiétant, d'autant que pour 92 % des soignants, la relation avec les patients est qualifiée de bonne. Au fur et à mesure des progrès techniques permettant d'obtenir des résultats de plus en plus spectaculaires, on devrait au contraire voir se solidifier la confiance des patients envers leur médecin. Il importe donc de comprendre les raisons de cette défiance ainsi que des écarts de perception.

1- Cet observatoire est une Enquête réalisée auprès d'un échantillon de Français interrogés par internet les 6 et 7 mars 2019. Échantillon de 1 004 Français, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. La représentativité de l'échantillon est assurée par la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme et profession de l'interviewé après stratification par région et catégorie d'agglomération.



Fig. 35 : Réponses à la question « Vous personnellement, comment estimez-vous que la qualité de la relation patients-soignants, diriez-vous qu'elle est... » - Odoxa Sondage pour la refondation de la confiance médicale

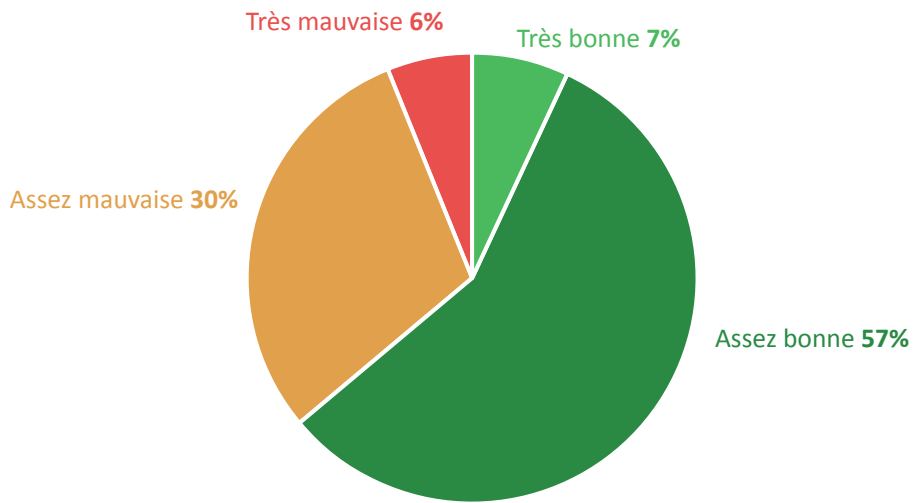
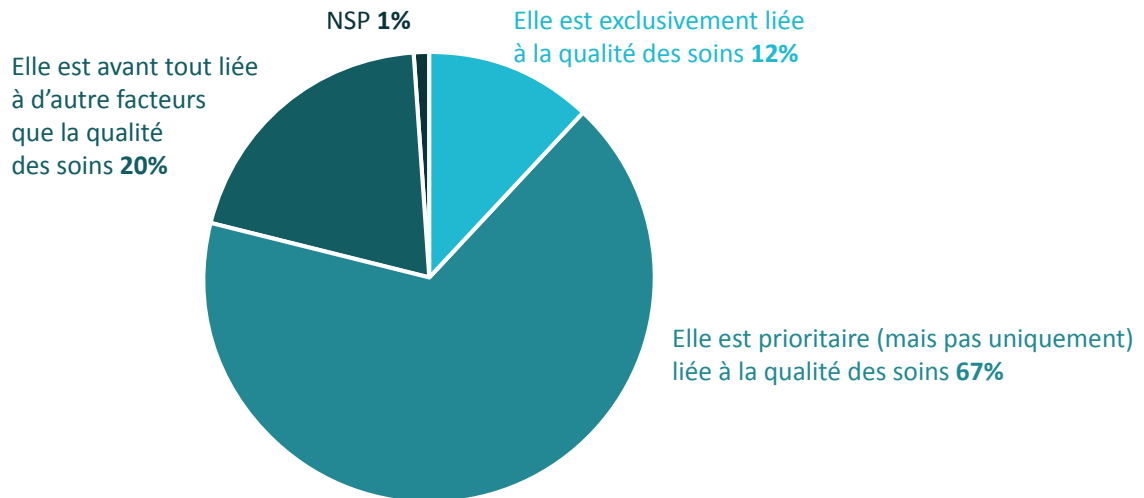
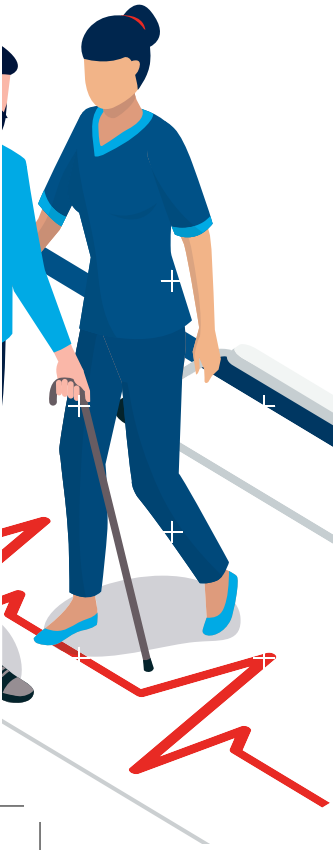


Fig 36 : Réponses à la question « Vous personnellement, estimez-vous que la qualité de la relation avec le patient est exclusivement liée à la qualité des soins, est prioritairement (mais pas uniquement) liée à la qualité des soins, ou bien qu'elle est avant tout liée à d'autres facteurs que la qualité des soins ? » - Odoxa Sondage pour la refondation de la confiance médicale



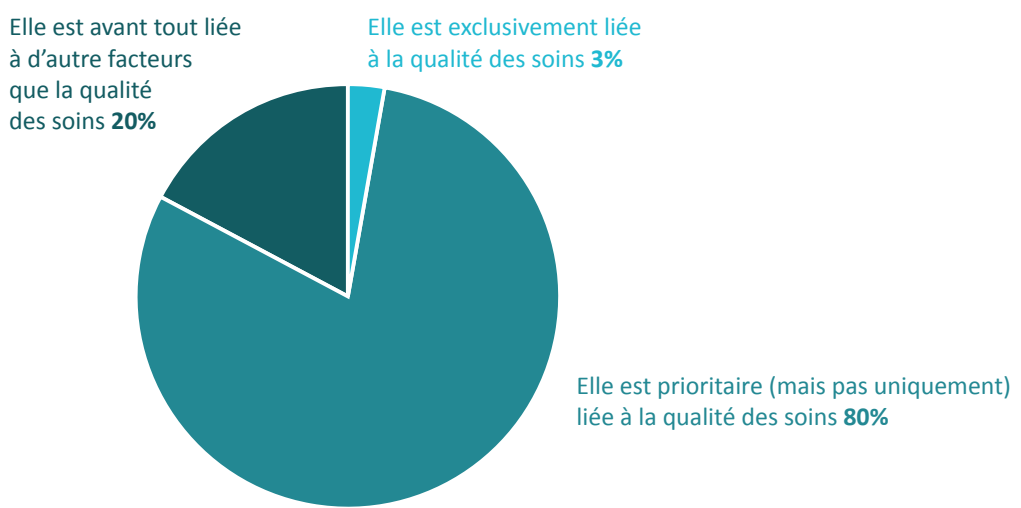
! Ainsi, pour deux tiers des Français (67%) la qualité de la relation avec le patient n'est pas uniquement liée à la qualité de soins (Fig. 36).





Ce chiffre passe à 80% lorsqu'on interroge les médecins. Ces derniers sont donc parfaitement conscients du fait que l'aspect relationnel est primordial (Fig. 37).

Fig 37 : Réponses des médecins à la question « Vous personnellement, estimez-vous que la qualité de la relation avec le patient est exclusivement liée à la qualité des soins, est prioritairement (mais pas uniquement) liée à la qualité des soins, ou bien qu'elle est avant tout liée à d'autres facteurs que la qualité des soins ? » - Odoxa Sondage pour la refondation de la confiance médicale



Un problème d'information sur le risque de complications

Dès lors, quels sont les éléments qui nuisent à la confiance des patients envers leurs soignants ? Il semble que la qualité du dialogue soit un élément prépondérant de la problématique. Ainsi, plus d'un quart des Français (27%) se dit mal informé sur les risques éventuels avant de bénéficier d'un acte médical (Fig. 38).

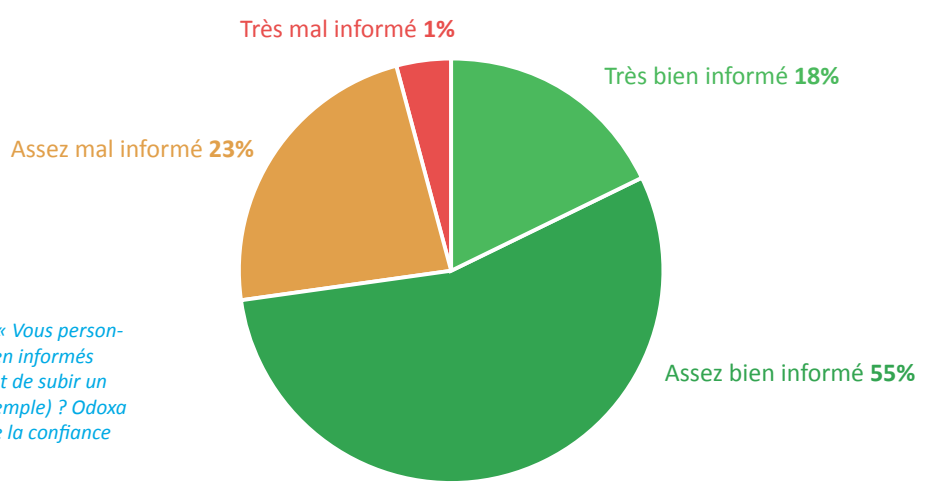


Fig 38. : Réponse à la question « Vous personnellement, vous sentez-vous bien informés sur l'ensemble des risques avant de subir un acte médical (opération par exemple) ? Odoxa Sondage pour la refondation de la confiance médicale »

Médecins : la crainte du conflit

Dans le même temps, du côté des médecins, les préoccupations sont grandes. Ainsi, plus de 60% des médecins interrogés font état d'une peur d'être poursuivis en justice par un patient et ce alors même que près de 60% des médecins interrogés se sentent mal préparés à gérer les conflits avec les patients (Fig. 39 et 40) :

Fig. 39: Réponses à la question « Avez-vous déjà eu peur d'être poursuivi en justice par l'un de vos patients ? »

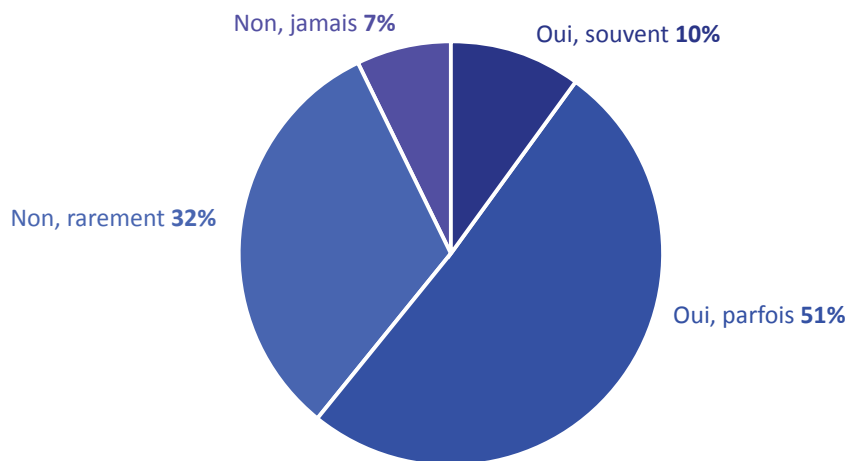
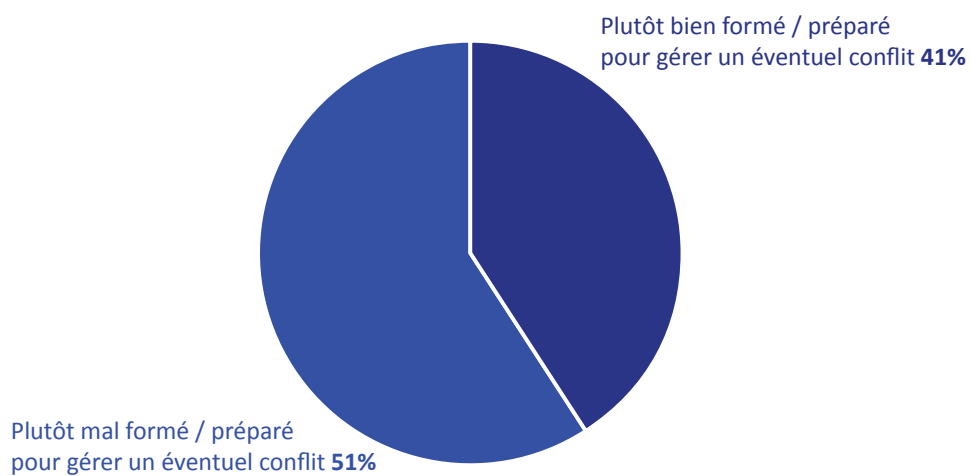


Fig. 40 : Réponses à la question « Vous sentez-vous plutôt bien ou plutôt mal formé/préparé pour gérer un éventuel conflit avec l'un de vos patients ? »



Une défiance des médecins vis-à-vis d'internet

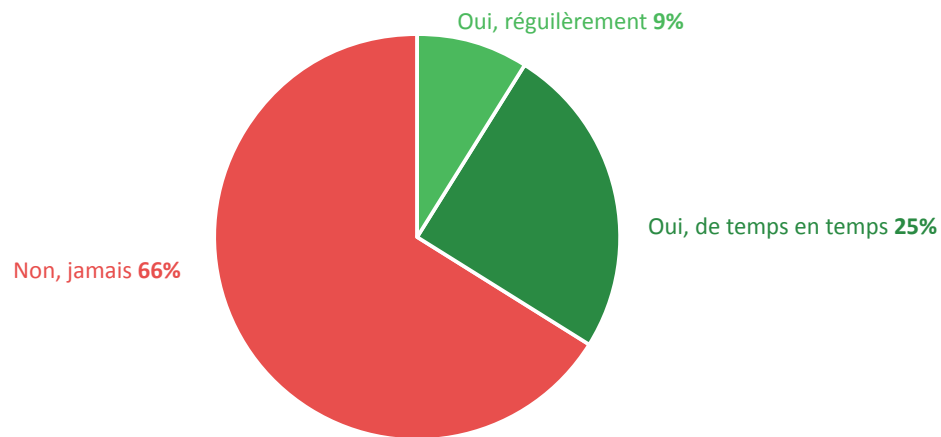
Cette crainte du conflit n'est évidemment pas injustifiée puisque près d'un Français sur 4 (22%) estime avoir déjà été en situation conflictuelle avec son soignant. Une fois encore, le sujet de la communication semble central, ce qui est d'autant plus problématique que les sources de la communication médicale se dispersent au fur et à mesure que se développe l'information médicale sur internet. Sur ce sujet, 54% des médecins et 42% des patients s'accordent pourtant à considérer que ce mode d'information a plutôt un

impact négatif sur la relation médecin-patient. Pour autant, ce n'est pas en étant défiant vis-à-vis des nouvelles technologies de l'information que la relation médecin-patient pourra être améliorée. Bien au contraire, il conviendrait plutôt que les médecins associent plus les opportunités offertes par les nouvelles technologies à leur pratique, d'autant qu'ils semblent avoir, sur ce domaine, pris du retard par rapport aux patients.



Ainsi, plus d'un tiers des français utilise déjà des outils de santé connectée (Fig. 41).

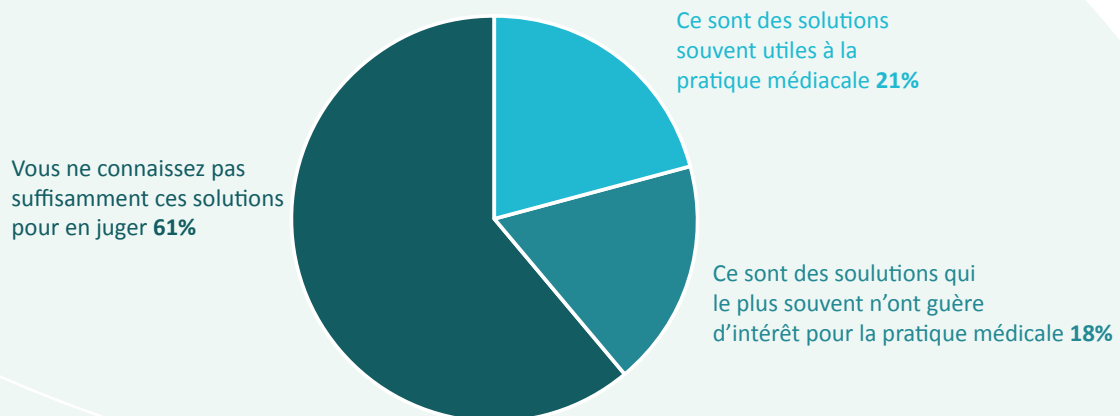
Fig 41 : Réponses à la question « Et vous-même, utilisez-vous déjà des outils connectés orientés sur la santé (podomètre, nutrition, montre connectée...) Odoxa Sondage pour la refondation de la confiance médicale »



L'e-santé mal maîtrisée

Dans le même temps, les médecins interrogés se disent mal informés sur ces solutions de e-santé, quand ils ne considèrent pas que ces solutions sont sans intérêt (Fig. 42).

Fig. 42 : Réponses à la question « Quelle opinion avez-vous des solutions « e-santé » (web applications par exemple) actuellement sur le marché ? Globalement, vous diriez que... »



Il semble donc évident qu'un effort des professionnels de santé doit être fait pour intégrer ces outils à la relation au patient, ce qui devrait être facile à mettre en œuvre puisque

les médecins interrogés semblent utiliser plus volontiers les solutions numériques pour échanger avec leurs confrères ou pour organiser leur activité (Fig. 43 et 44) :

Fig. 43 : Réponses à la question « Vous personnellement, vous utilisez ces solutions « e-santé »

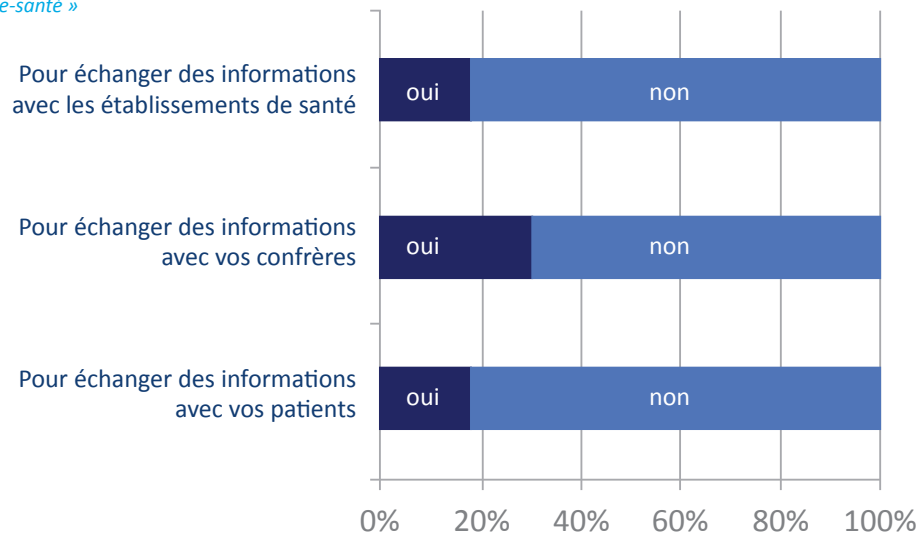
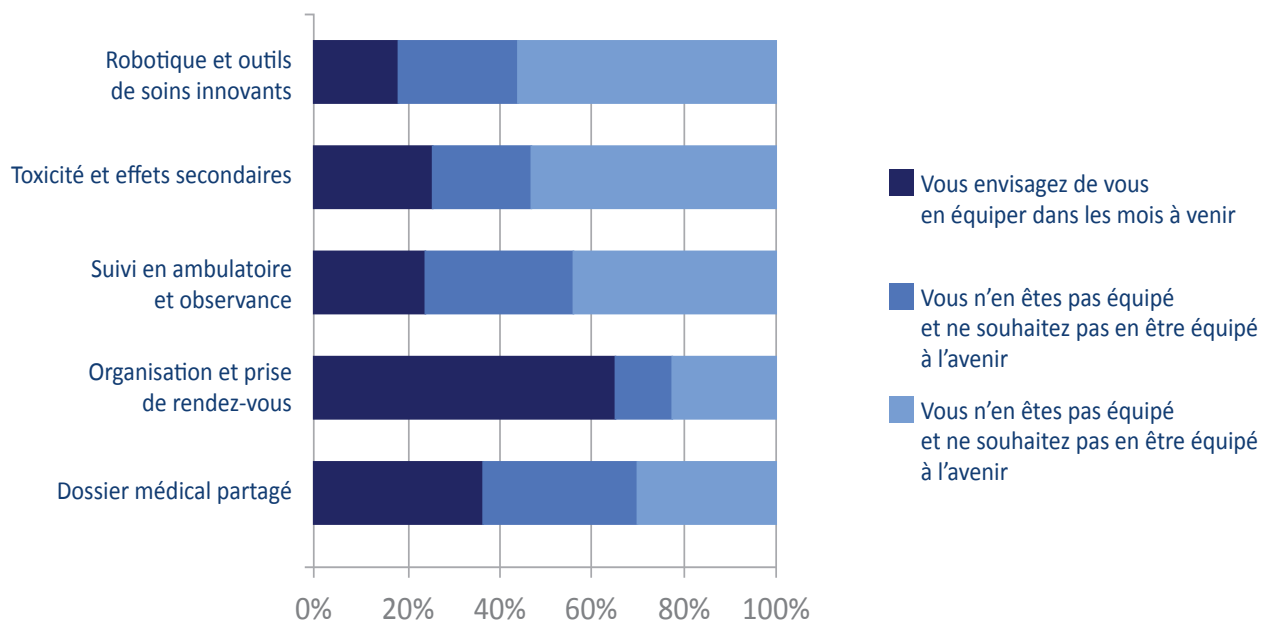


Fig. 44 : Réponses à la question « Pour chacune des solutions de « e-santé » suivantes, dites si vous en disposez déjà, si vous envisagez de vous en équiper dans les mois à venir, ou si vous n'en êtes pas équipé et ne souhaitez pas en être équipé à l'avenir. »



Des applications utiles dans le Branchet Store

On constate que les solutions de e-santé sont systématiquement moins utilisées dans la relation entre médecins et patients qu'entre médecins eux-mêmes.

Conscient que ces outils sont pourtant de bonnes solutions de communication et de prévention, Branchet s'engage à faciliter l'accès et le choix à des applications utiles au soin en proposant une sélection par l'intermédiaire du Branchet Store.

L'informatisation s'interpose entre le praticien et le patient.

Pour chaque heure passée avec un patient, le praticien passera 90 min sur le système informatique. Cette distraction seule occulte des informations et rompt la relation et l'intimité de cette relation. L'échange singulier entre le praticien et le patient est considéré comme un rituel universellement reconnu.*

*Abraham Verghese Ellison C Pierce conference

H.Bouaziz et P.Abaladejo

BRANCHET EN VEILLE PERMANENTE SUR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES.



**Dr Patrick-Georges
Yavordios**
directeur médical
Branchet

44

Cette cartographie est un reflet de la pratique médicale actuelle.

Une pratique axée sur la performance technique avec une technologie de plus en plus innovante, le recours à l'intelligence artificielle (IA), à la simulation, à la réalité virtuelle ou augmentée, à la robotique mais avec une pression croissante sur les praticiens.

- Pression de production imposée par des critères de rentabilité en relation avec l'obsolescence des nomenclatures et les contraintes d'organisation hospitalière.
- Pression administrative qui impacte sur les pratiques (taux d'ambulatoire imposé par exemple).
- Pression médico-légale avec un recours facile à la mise en cause (CCI).
- Pression assurantielle qui se doit d'avoir un équilibre entre coût et prime et qui peut impacter la pratique (ALR, ambulatoire par exemple).
- Pression des patients qui ne tolèrent plus d'être écartés des décisions de soins et n'admettent plus l'erreur inexplicite.

La principale victime de ce système est l'humain, qu'il soit patient ou médecin.

Les pages suivantes permettent de comprendre la réponse de Branchet à cette problématique.

L'ADN Branchet est une combinaison entre un mode de défense performant associant des pôles par spécialité avec des médecins expérimentés et des avocats et juristes spécialisés. Ce système est payant puisque, comme le montre la cartographie, dans 80% des cas le praticien est mis hors de cause.

La prévention est l'autre partie de l'ADN Branchet, et le partenariat avec ASSPRO, association de médecins, permet d'analyser les causes fréquentes d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) ainsi que la sinistralité.

Cette analyse aboutit à des actions correctives conçues par des praticiens universitaires ou libéraux rompus aux techniques d'enseignement.

Ces formations sont réalisées dans de nombreuses villes de France avec l'ASSPRO Truck et lors des congrès.

La simulation *in situ* et la réalité virtuelle vont dans les blocs opératoires afin de mettre les médecins en condition sur leur lieu d'exercice. C'est, à n'en pas douter, une des raisons de la baisse de la fréquence des mises en cause des assurés Branchet.

En effet améliorer la sécurité de la pratique médicale en faisant baisser les EIAS, et en conséquence les sinistres, relève de la même logique et in fine bénéficie au patient.

Si bonifier la technique est relativement facile, la démarche appliquée aux défauts liés au facteur humain, à l'humanisme médical, est beaucoup plus compliquée. Mais l'état d'esprit évolue et même si cela ne fait qu'être évoqué dans les études médicales, des mots comme empathie, information, communication, dialogue, explication, équipe, commencent à prendre sens dans la pratique médicale actuelle.

Branchet Solutions regroupe l'ensemble des propositions qui apportent un réel confort à l'exercice médical.

BRANCHET
SOLUTIONS

BRANCHET : ACTEUR DE SANTÉ INNOVANT.

A l'aube des bouleversements induits par le développement des technologies de l'information, Branchet assure une veille permanente sur les évolutions des pratiques pour accompagner au mieux ses assurés, en promouvant des solutions destinées à faciliter et sécuriser l'exercice de la médecine.

Le digital y contribue dans de nombreux domaines : En rendant les formations plus interactives, par la possibilité de recourir à un système numérique d'information du patient dans le Branchet Store par exemple, en recueillant le consentement par voie électronique et en s'appuyant sur un formulaire de consentement préopératoire validé par les patients-experts de FONDAPRO.

Pour mieux protéger les praticiens contre les risques liés au digital Branchet leur propose une couverture et une assistance Cyber.

Enfin, et parce que la médecine reste exercée par des hommes de plus en plus sollicités, HelpBranchet les assiste dans leur exercice y compris pour l'épuisement professionnel lié à celui-ci.

45

1/ DES ACTIONS DE FORMATION PLUS INCLUSIVES ET INTERACTIVES

Le trait d'union entre les technologies les plus récentes et les réalités des patients

Branchet et ASSPRO ont toujours uni leurs efforts pour proposer aux praticiens un catalogue de formations adaptées dans le cadre d'ateliers mono ou multidisciplinaires novateurs tant sur la forme – avec l'ASSPRO Truck – que sur le fond, avec des modules interactifs (Fuse pour les utilisateurs de l'énergie électrique, simulation avec mannequin...).

Avec pour objectif de réduire toujours plus le risque professionnel, Branchet investit dans la prévention et la formation des médecins. Aujourd'hui centralisées sous le nom Branchet Training, les formations continuent d'évoluer pour intégrer plus de réalité virtuelle et plus d'interactivité.

Avec FONDAPRO, les patients-experts interviennent désormais dans la formation des praticiens et participent à l'universalisme des formations et à un dialogue nécessaire entre acteurs et bénéficiaires du soin.



Zoom sur l'activité de formation 2017 et 2018

Nombre de praticiens formés dans le Truck

3917 professionnels du soin dont 1712 assurés Branchet

Nombre de praticiens formés ARRES

890 professionnels du soin dont 700 assurés Branchet



2/ BRANCHET STORE : UN NOUVEL OUTIL DE PRÉVENTION

Un environnement technologique de la E-santé en plein mouvement

Les Technologies de l'Information et de la Communication changent en profondeur le monde et les acteurs de la santé. La technologie envahit les plateaux techniques, l'imagerie, la biologie et la prise en charge de certaines pathologies. Le volet « Accélérer le virage numérique » du plan « Ma santé 2022 » démontre plus fortement encore que le digital est au cœur de la stratégie de santé du gouvernement. La France entame ainsi un chemin vertueux vers une meilleure prise en charge des patients, des praticiens mieux accompagnés et un système de santé ancré dans le XXI^{ème} siècle.

Un Store pour centraliser, regrouper et diffuser vers les praticiens de santé

Branchet a créé Branchet Store pour les professionnels de santé uniquement afin d'héberger des solutions qui vont participer à :

- Améliorer la pratique des praticiens
- Mieux gérer l'ambulatorio des patients
- Apporter des solutions pour le confort des praticiens

Simplicité dans sa forme et son usage

Branchet Store est un « portail » simple d'usage, didactique et ergonomique. Des filtres permettent de sélectionner les solutions selon :

- Solutions par besoin
- Solutions par spécialité
- Solution par univers
- Les nouveautés

Le résultat de la requête offre au praticien une présentation de la solution, ses objectifs attendus, ses avantages principaux ainsi que des informations sur l'éditeur.

Le plus Branchet Store : Certaines solutions éligibles au programme IRM® (Incentive Risk Management)

Certaines solutions digitales qui contribuent à améliorer la pratique professionnelle des médecins, sont dorénavant éligibles à l'IRM®. Ainsi, le praticien assuré chez Branchet qui utilise le service digital obtiendra des points qui lui permettront d'obtenir une réduction sur son assurance RCP.

Découvrez toutes les solutions digitales

sur

www.branchetstore.fr

BRANCHET
Store



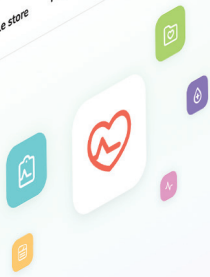
BRANCHET
Store

Les applications pour améliorer votre pratique médicale

Le monde de la santé est de plus en plus technique, la pratique complexe et le temps compté. Pour vous accompagner, un foisonnement de solutions existe mais il est difficile d'identifier celle qui va réellement vous être utile. L'objectif de ce store est de vous aider à trouver les solutions les plus pertinentes pour votre activité. Seules des solutions professionnelles sont référencées dans ce store.

Découvrir le store

Le store Proposer une application Actualités



Actualité
Comment identifier la

Proposer votre application

Vous avez une solution digitale qui concerne la médecine, la prévention, la formation, la recherche ou l'éducation des professionnels de santé. Vous souhaitez la proposer dans le store de votre spécialité. Merci de cliquer sur "Proposer une application".

Branchet Store
L'Annuaire des applications
Médicales

Proposer une application

Branchet Store
L'Annuaire des applications
Médicales

Branchet Store
L'Annuaire des applications
Médicales

3/ BRANCHET FACE AUX RISQUES ÉMERGENTS

Le risque d'exercice est bien évidemment le premier qui vient à l'esprit lorsqu'on évoque la responsabilité des médecins. Il ne faut pas pour autant perdre de vue que cette responsabilité peut trouver son origine non seulement dans le risque d'exercice mais également dans le risque d'exploitation et même dans le risque personnel.

Risque d'exploitation, parce que même si le médecin est depuis toujours détenteur d'informations sensibles sur ses patients, les nouvelles technologies bouleversent le stockage de ces informations et le risque de leur déperdition massive.

Risque personnel, parce qu'on sait aujourd'hui que l'épuisement professionnel, en plus des conséquences graves qu'il peut avoir sur lui-même, augmente de façon très significative le risque d'erreur et donc de responsabilité au fur et à mesure que cet épuisement s'installe.

Branchet s'engage pour assister les praticiens sur ces risques émergents, en proposant à la fois des actions de prévention et de résolution dédiées aux professionnels du soin.

Prévenir le burn-out pour limiter le risque de procédure

Pr Laurent OBERT (Chef de pôle chirurgie orthopédique ms, Branchet)

Un bien-être au travail remis en cause

Le bien-être au travail dépend de 3 paramètres : l'autonomie dans sa pratique professionnelle, la maîtrise de cette pratique, et une « finalité », un but qui dépasse notre propre condition.

L'apparition de protocoles (non critiquables), la nécessité de la traçabilité (non critiquable) grâce à des outils informatiques imparfaits car en rodage, utilisant de nombreux logiciels qui ne se parlent pas, ont progressivement modifié les pratiques et usé des praticiens qui ont vu disparaître l'autonomie, la maîtrise en finalité.

Épuisement émotionnel, dépersonnalisation, et diminution de l'accomplissement personnel

Le syndrome de burn-out est une pathologie qui touche les professions impliquées dans une relation d'aide. Il associe un épuisement émotionnel (EE), une dépersonnalisation (DP), et une diminution de l'accomplissement personnel (DAP). Le burn-out est associé à une augmentation des conduites suicidaires, du risque d'erreurs médicales et à une diminution de la qualité de vie des praticiens. On évalue les signes d'un burn-out grâce au score MBI (Maslach Burn-out Inventory), et les symptômes dépressifs par le GHQ-12 (General Health Questionnaire). Reconnaître le burn-out est assez facile mais l'admettre chez d'autres ou chez soi-même est toujours difficile. Et trouver la parade l'est encore plus.

Une enquête aux résultats inquiétants

Parce qu'aucune donnée n'était disponible en France concernant le burn-out nous avons mené une enquête prospective nationale. Chez les chirurgiens seniors, 14% des chirurgiens présentaient un degré élevé d'EE, 23% un degré élevé de DP, 19% une DAP. 39% chirurgiens présentaient des symptômes de burn-out, représentés par un score pathologique à une des sous-échelles du MBI. Chez les internes en orthopédie, 26% présentaient un degré élevé d'EE, 63% un degré élevé de DP, et 33% une DAP. 40% des internes avaient un score pathologique à 2 ou 3 sous-échelles du MBI, correspondant à un syndrome de burn-out sévère. Ces résultats rendent compte de l'importance de réaliser un dépistage et une prise en charge de cette pathologie chez les personnels soignants en général et de réfléchir à nos pratiques centrées depuis longtemps sur la quantité¹.

1- Faivre G., et al. Les chirurgiens orthopédistes et traumatologues français sont-ils touchés par le syndrome de burn-out ? Résultats d'une enquête nationale. Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique. 2019



COMMENTAIRES

Le nombre de cas de burn-out dans le monde du plateau technique est élevé, de l'ordre de 40% !

Ses trois composantes en sont :

D'une part l'épuisement émotionnel, en lien avec notre activité intense et les tensions qui en découlent; d'autre part le risque de dépersonnalisation, issu du 1°; et enfin la perte du plaisir.

Des procédures, surtout si elles vous paraissent injustifiées, tendent à augmenter ces trois composantes. Nous travaillons depuis plus de 10 ans à vous aider, à l'occasion de week-end de gestion du stress, à mieux gérer vos émotions et à retrouver le vrai plaisir de notre profession.

Dr Vincent TRAVERS

(Président d'ASSPRO Scientifique)

Burn-out et conséquences : dépression, altération des fonctions cognitives, augmentation du risque d'erreur médicale. Il existe des techniques permettant de prendre en charge les professionnels présentant ces difficultés

Source : www.khen.com/Portals/16/Documents/PSCTCommunicationsLab.pdf

ALEEN technique	
A Anticipate	Pause, think of problem, then approach person
L Listen	Listen without interrupting
E Empathize	Summarize and show empathy
E Explain	Explain your behavior or action
N Negotiate	Reach a mutually agreeable solution

H.Bouaziz et P.Abaladejo

Risques cyber

Se prémunir contre le vol de données sensibles

Du fait du développement des nouvelles technologies, le praticien se trouve désormais doublement exposé, notamment en sa qualité de détenteur de données sensibles.

En effet, la quasi-totalité des médecins détient et stocke des données numériques relatives à ses patients et donc particulièrement sensibles. La perte de ces données expose le praticien à un risque professionnel, ainsi que leur vol ou leur détournement.

E-reputation

...et le risque de dénigrement

En plus de la situation particulière de l'atteinte aux données, chaque médecin connaît aujourd'hui le risque de dénigrement notamment sur les réseaux sociaux.

Les conditions de l'exercice actuel nécessitent de se prémunir contre ces nouveaux risques, tant par une assistance technique permettant la correction ou suppression des données que par une assistance spécialisée en cas d'atteinte à la réputation.

Branchet offre ces garanties et permet aux praticiens de rester sereins face à ces risques émergents.

BRANCHET SOLUTIONS

Branchet Solutions regroupe un panel de services créés pour nos assurés.

50

BRANCHET Assistance

La Responsabilité Civile Professionnelle Branchet, c'est 24/24 et 7/7 :

- Une assistance médico-légale
- Une assistance en infectiologie
- Une cellule de crise
- Help, une assistance en cas d'épuisement professionnel

 04 76 18 13 07

BRANCHET Training

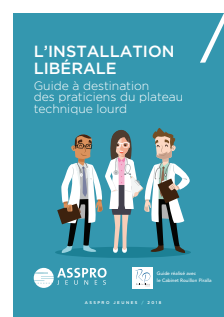
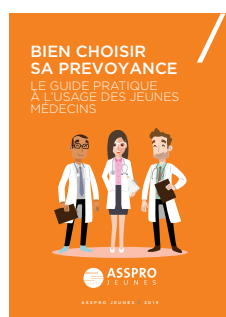
Partout en France, les adhérents Branchet bénéficient de formations pour la limitation des risques dont le programme est élaboré par les médecins d'ASSPRO (Association de Prévention du Risque Opératoire).

- Formations à bord de l'ASSPRO Truck
- Journées ARRES (Anesthésie-Réanimation Risques et Solutions)
- Formations sur mannequin haute-fidélité
- Serious Game
- Réalité virtuelle, le feu au bloc opératoire
- E-learning
- En participant à au moins 2 formations/an, vous pouvez baisser votre prime d'assurance de 5% (Programme IRM®)

BRANCHET Docs

Pour aider les médecins dans leur exercice médical, Branchet met à leur disposition un certain nombre de documents qu'ils peuvent consulter et télécharger :

- Fiche d'information préopératoire par spécialité
- Des modèles de consentement éclairé
- Des guides pratiques pour les jeunes médecins (remplacement, installation, 1^{ère} mise en cause, prévoyance...)



51

BRANCHET Store

Branchet teste et sélectionne pour vous les meilleures applications en e-santé dans les catégories suivantes :

- Ambulatoire et parcours de soins
- Patient éclairé (information et compréhension)
- Qualité de vie des praticiens
- Une sélection réalisée par des experts en e-santé et des médecins, mise à jour en fonction des nouvelles tendances.

Pour découvrir notre catalogue d'APP et les télécharger, rendez-vous sur :

www.branchetstore.fr

www.branchet.fr

Retrouvez-nous sur LinkedIn sur les comptes :

 @Branchet

 @Hygie Branchet

 @Hippocrate ASSPRO

BRANCHET

L'ASSURANCE DES MÉDECINS

GRUPE VERSPIEREN

CARTOGRAPHIE DES RISQUES OPÉRATOIRES.

www.branchet.fr