Risque médico-légal en urologie : analyse d'un portefeuille d'assurés auprès d'une compagnie d'assurances française entre 2009 et 2018

F. Papillon, L. Cormier, D. Legeais

► To cite this version:

F. Papillon, L. Cormier, D. Legeais. Risque médico-légal en urologie : analyse d'un portefeuille d'assurés auprès d'une compagnie d'assurances française entre 2009 et 2018. *Progrès en Urologie*, 2019, 29, pp.18 - 28. 10.1016/j.purol.2018.10.002 . hal-03486218

HAL Id: hal-03486218

<https://hal.science/hal-03486218>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial| 4.0 International License

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

ARTICLE ORIGINAL

Risque médico-légal en urologie : analyse d'un portefeuille d'assurés auprès d'une compagnie d'assurances française entre 2009 et 2018

Medico-legal risk in urology: Analysis of a portfolio of insured persons by a French insurance company between 2009 and 2018

F. Papillon^{a,*}, L. Cormier^a, D. Legeais^b

^a Service d'urologie, CHU François-Mitterrand, 2, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France

^b Service d'urologie, clinique d'Alembert, 124, rue d'Alembert, 38000 Grenoble, France

Reçu le 25 juillet 2018 ; accepté le 11 octobre 2018

Disponible sur Internet le 14 novembre 2018

MOTS CLÉS

Accident médical ;
Responsabilité ;
Indemnisation ;
Urologie ;
France

Résumé

Objectif. — Présentation des données collectées sur les demandes d'indemnisations en urologie à partir du registre d'une compagnie d'assurances française.

Matériel et méthode. — Les demandes d'indemnisations impliquant des chirurgiens urologues portant sur la période 2009–2018 ont été recensées et analysées.

Résultats. — Au total, 37 dossiers ont été retrouvés. Les interventions chirurgicales oncologiques et fonctionnelles représentent 78 % des demandes de réparation. Les complications postopératoires représentent 76 % des dossiers. Les actes les plus représentés sont la prostatectomie totale (5) et la promontofixation (4). Le délai moyen de réclamation est de 28,6 mois [1–144 mois], la durée moyenne d'une procédure (ouverture–clôture) est 32,8 mois [12–72 mois]. Les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), les tribunaux de grande instance (TGI) ont été sollicités respectivement dans 51 % et 33 % des procédures. Un accord à l'amiable est trouvé dans 16 % des cas. Il n'y a eu aucune procédure pénale ou disciplinaire pour cette spécialité. Le coût moyen d'un dossier d'urologie clos est de 7836 € [0–31 120 €]. Au total, 64,8 % des expertises confirment des pratiques dans le respect des règles de l'art.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : fredericapapillon1982@hotmail.fr (F. Papillon), luc.cormier@chu-dijon.fr (L. Cormier), d.legeais@me.com (D. Legeais).

Conclusion. — Cette série présente la première analyse médico-légale d'un portefeuille d'urologues sur une période de 9 ans en urologie française. On constate un taux de responsabilité retenue à l'encontre du praticien dans seulement 27 % des cas. Le faible taux de dossiers fautifs, l'absence de condamnation pour manquement au devoir d'information et l'absence de condamnation en rapport avec l'antibioprophylaxie semblent confirmer que la pratique de l'urologie en France est de bonne qualité. Une étude complémentaire sur une plus longue durée et sur une cohorte d'urologues plus fournie permettrait une approche médico-légale plus fine.

Niveau de preuve. — 3.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Medical accident;
Liability;
Compensation;
Urology;
France

Summary

Objective. — Presentation of data collected on urology claims from the register of a French insurance company.

Material and method. — Compensation claims involving urologists covering the period 2009–2018 were identified and analyzed.

Results. — A total of 37 files were found. Oncological and functional surgical interventions accounts for 78% of repair claims. Postoperative complications represent 76% of the cases. The most represented acts are total prostatectomy (5) and promonto-fixation (4). The average time of complaint is 28.6 months [1–144 months], the average duration of a procedure (opening–closing) is 32.8 months [12–72 months]. The Conciliation and Compensation Commissions (CCC) and the High Court Courts (HCC) were solicited respectively in 51% and 33% of the proceedings. An amicable agreement is found in 16% of cases. There was no criminal or disciplinary proceedings. The average cost of a closed urology file is 7836 € [0–31,120 €]. In total, 64.8% of the expertises confirm practices in the respect of the rules of the art.

Conclusion. — This series presents the first forensic analysis of a portfolio of urologists on a period of 9 years in French urology. There is a rate of responsibility retained against the practitioner in only 27% of cases. The low rate of faulty files, the absence of a conviction for breach of the duty to provide information and in connection with antibiotic prophylaxis seem to confirm that the practice of urology in France is of good quality, a further study on a longer period of time and on a larger cohort of urologists would allow a finer medico-legal approach.

Level of evidence. — 3.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les pratiques chirurgicales sont associées à un risque de complications, d'échecs, ou de mauvais résultats qui peuvent conduire à des mises en causes médico-légales.

Aux États-Unis, ces plaintes sont en constante augmentation depuis 20 ans [1], cela a pour conséquence un impact financier direct et significatif sur les résultats techniques des compagnies d'assurance avec pour répercussion une augmentation des primes d'assurance payées par les praticiens.

En mars 2004, l'association médicale américaine (AMA) a identifié 19 états fédérés en crise assurantielle sur 50 [2]. Il a été observé une augmentation de 23 % des indemnités versées aux États-Unis entre 1997 et 2007 [3].

L'urologie arrive au 12^e rang sur 28 des spécialités médicales et chirurgicales en nombre de mise en cause aux États-Unis [3]. Ce qui est confirmé par la mutuelle d'assurances des professionnelles de santé (MACSF) et le SOU MEDICAL où l'urologie arrive à la huitième place des spécialités chirurgicales [4], et par la société hospitalière

d'assurance mutuelle (SHAM) où l'urologie (avec moins de 4 % des procédures) arrive loin derrière la chirurgie orthopédique (34 %), la gynécologie-obstétrique (19 %), la chirurgie viscérale (11 %) [5].

Alors qu'aucune approche n'a été réalisée sur le sujet en France, il nous est apparu intéressant d'analyser un portefeuille d'assurés urologues et les réalités médico-légales de leurs pratiques.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les mises en causes des urologues assurés par une compagnie d'assurance française entre 2009 et 2018.

Les procédures en lien avec des interventions non urologiques ont été exclues.

Toute les voies de recours (amiable, civile, pénale et disciplinaire) ont été étudiées en tenant compte de l'environnement professionnel (salarié, mixte, ou libéral) et

du type d'interventions chirurgicales (fonctionnelles, oncologiques, pédiatriques, rendus services à une autre équipe chirurgicale, endo-urologies pour calcul). L'intervention en cause, les complications, les conséquences ainsi que le délai de réclamation ont été étudiés. La responsabilité du praticien ainsi que les coûts des procédures ont été analysés pour calculer la sinistralité de ce portefeuille et au delà celle des urologues. La sinistralité d'une population d'assurés est calculée par les compagnies d'assurance en fonction de plusieurs critères qui sont : la fréquence des sinistres, la responsabilité fautive et le *loss-ratio* (montant des sinistres sur montant des primes encaissées).

L'aspect financier des dossiers est abordé sous deux angles : le coût des dossiers clos, et le coût moyen des dossiers clos et en attente de « clôture » (provisionnés).

L'ensemble des dossiers est présenté dans le [Tableau 1](#).

Résultats

Sur 150 urologues assurés soit environ 12 % de la population urologique française, 60 % étaient des libéraux, 25 % des praticiens hospitaliers (PH) avec secteur libéral et 15 % des urologues salariés.

De 2009 à 2018, il a été recensé 42 plaintes impliquant un urologue dont 37 sont en rapport avec une pathologie ou une complication urologique.

Pour les 5 dossiers concernant des actes de chirurgies générales, il s'agissait d'interventions réalisées par des urologues diplômés en chirurgie générale : cholécystectomie, colectomie, thyroïdectomie, cure d'éventration et cure d'hernie inguinoscrotale ([Tableau 2](#)).

On observait une moyenne de 4,6 [0–13] demandes d'indemnisation par an pour 150 assurés. Le nombre de procédures est stable au cours de l'étude, oscillant entre 1 et 7 procédures avec un pic à 13 procédures en 2016 ([Tableau 3](#)).

Il n'y a eu aucune mise en cause de praticiens salariés en établissements de santé.

Soixante-dix-sept pour cent des mises en cause touchaient les urologues libéraux. Les praticiens hospitaliers avec un secteur libéral ne représentant que 23 % des mises en cause.

Type d'interventions chirurgicales concernées

Dans les dossiers étudiés, 43 % concernaient des interventions chirurgicales dites fonctionnelles comprenant les interventions chirurgicales de l'incontinence, du prolapsus et 35 % des interventions chirurgicales carcinologiques. Les interventions chirurgicales carcinologiques prostatiques représentaient à elle seule 13,5 % de toutes les procédures avec jusqu'à présent aucun dossier fautif.

Les interventions chirurgicales de l'incontinence et du prolapsus représentait à elle seule 21 % de toutes les mises en cause.

Onze pour cent des dossiers étaient en lien direct avec un « rendu service » auprès d'une autre équipe chirurgicale pour une complication per- ou postopératoire : section des uretères lors d'une hystérectomie ou colectomie...

Les interventions chirurgicales pédiatriques, 5 % des mises en cause, sont représentées exclusivement par des

complications de posthémectomie et de circoncision rituelle avec un cas chacune.

Aucun cas de torsion du cordon spermatique n'a été rapporté. Dans 1 cas, un échange de lame en anatomopathologie a entraîné une prostatectomie totale inutile. Pour ce dossier, dans sa recherche de responsabilité, le patient a appelé à la cause tous les médecins qui sont intervenus dans la phase diagnostique et thérapeutique (deux urologues, un radiologue, deux médecins anatomopathologistes). La responsabilité du radiologue ayant réalisé l'IRM qui affirmait selon lui l'adénocarcinome et celle du médecin anatomopathologiste ayant intervenu les biopsies prostatiques entre deux patients ont été retenues. La responsabilité des urologues a été écartée.

Un défaut de suivi oncologique pour un cancer du testicule est rapporté avec une responsabilité partagée entre l'urologue et l'oncologue. L'expert ayant considéré qu'il existait des manquements par rapport aux recommandations de suivis, mais la compagnie d'assurance a refusé d'indemniser la famille dans la mesure où l'expert s'est basé sur des recommandations rédigées a posteriori ([Fig. 1 et 2](#)).

Complications

Dans 30 % des dossiers, les complications en lien avec des demandes de réparation étaient en majorité liées à des troubles du bas appareil urinaire (incontinence, sténose ou rétention). Les complications digestives (16 %) et infectieuses (16 %), apparaissant en deuxième position en termes de fréquence mais en première position en termes économique en raison du montant des créances de sécurité sociale en rapport avec des frais d'hospitalisations en réanimation qui majorent considérablement le coût final des dossiers (1 million d'euros). Cela est d'autre part observé dans un

Figure 1. Type d'interventions chirurgicales impliquées.

Tableau 1 Mises en cause d'urologues pour les interventions chirurgicales urologiques.

Structure	Statut	Délai de réclamation (mois)	Intervention chirurgicale	Complications	Conséquences	Responsabilité	Instance	Coût (Euro)
<i>Intervention chirurgicale oncologique</i>								
Prostate								
L	L	9	Prostatectomie totale cœlioscopique	pTO	Chirurgie inutile	NR	TGI	11 120
L	L	59	Prostatectomie totale cœlioscopique	Incontinence urinaire	Sphincter artificiel	NR	CCI	11 120
L	L	1	Prostatectomie totale robot assistée	Syndrome des loges	Décès sur choc anaphylactique	NR	TGI	16 978
L	L	1	Curage pelvien	Hématome infecté	Décès par choc septique	Retenue	CCI	18 120
L	L	12	Prostatectomie totale cœlioscopique + curage	Plaie veine iliaque	Neuropathie fléchisseur pied droit	NR	CCI	13 089
Testicule								
L	L	72	Orchidectomie	Décès	Défaut de suivi par oncologue	Retenue	CCI	305 000
L	L	1	Orchidectomie	Pose de prothèse par erreur		Amiable		2852
Vessie								
L	L	8	Cystoprostatectomie	Textilome	Reprise chirurgicale	Amiable		8000
L	L	67	Néphro-cystectomie droite	Sténose anastomotique	IR	NR	CCI	11 120
L	L	40	BCG	BCGITE	Perte de poids	NR	TGI	23 000
Rein								
L	L	14	Néphrectomie totale cœlioscopique	Plaie aorte	Décès	NR	CCI	12 622
L	L	19	Néphrectomie partielle voie ouverte	Fistule artérioveineuse et urinaire	Embolisation, sonde urétérale, JJ	NR	TGI	13 100
L	L	1	Néphrectomie totale cœlioscopique	Plaie artère rénale	Décès	NR	CCI	32 500

Tableau 1 (Continued)								
Structure	Statut	Délai de réclamation (mois)	Intervention chirurgicale	Complications	Conséquences	Responsabilité	Instance	Coût (Euro)
<i>Intervention chirurgicale fonctionnelle</i>								
<i>Statique pelvienne</i>								
L	L	32	Promontofixation cœlioscopique	Plaie urétérale, réimplantation Urétéro-vésicale immédiate	Pyélonéphrite	Amiable		5000
H	L	144	Promontofixation + TVT	Cruralgie		Rejet de demande	CCI	0
L	L	11	Promontofixation laparo	Occlusion sur bride à M10	Décès sur retard diagnostique	NR	CCI	8021
L	L	23	Rectopexie + promonto antérieur	ISO à 7 mois	Ablation de bandelette	NR	CCI	5763
<i>Incontinence</i>								
L	L	21	TVT	Rétention	Autosondage	Rejet de demande	CCI	800
L	L	20	Ablation TVT	Fistule	Chirurgies multiple	NR	TGI	11 220
L	L	18	Sphincter artificiel homme	Récidive IUE	Changement SA	NR	TGI	31 120
L	L	23	Sphincter artificiel	ISO	Ablation matériel	NR	TGI	32 200
<i>Utérus</i>								
L	L	8	Hystérectomie cœlioscopique	Fistule vésicovaginale	Reprise chirurgicale	NR	CCI	1514
L	L	79	Hystérectomie voie basse	Névrалgie pudendale+ IUE	Douleur + TOT	NR	CCI	9844
<i>Prostate</i>								
L	L	26	RTUP sans ECBU	Prostatite	Antibiothérapie	Retenue	CCI	16 100
H	L	9	Biopsie prostate	Rétention aiguë d'urine	Sondage	NR	TGI	15 612
L	L	19	RTUP	IUE	Souffrance psychologique	Amiable		24 036
<i>Verge</i>								
L	L	3	Posthectomie	Raccourcissement de verge	Souffrance psychologique	Amiable		0
L	L	10	Méatotomie	Endocardite infectieuse	Valvuloplastie	NR	CCI	31 110

Structure	Statut	Délai de réclamation (mois)	Intervention chirurgicale	Complications	Conséquences	Responsabilité	Instance	Coût (Euro)
Bourse L	L	23	Cure de varicocèle gauche	Névralgie fémoro-cutanée	Douleur invalidante	Retenue	TGI	35 000
<i>Rendu service</i>								
H	L	12	Cure de fistule vésicovaginale post-hystérectomie	Problème de compliance	Échec chirurgie	NR	TGI	11 220
L	L	24	Réimplantation urétéro-vésicale après hystérectomie	Hématome	Névralgie fémoro-cutanée	NR	CCI	9000
L	L	11	Cure de fistule vésicovaginale post-hystérectomie	Paralysie crurale gauche		En attente	TGI	37 000
L	L	13	Lésion uretère droit post-hystérectomie	Néphrostomie	Néphrectomie droite	NR	CCI	23 000
<i>Intervention chirurgicale pédiatrique</i>								
L	L	12	Plastie	Posthectomie		Amiable		11 783
H	L	8	Posthectomie	Fistule balanique		NR	TGI	7436
<i>Endo-urologie pour calcul</i>								
L	L	11	Urétéroscopie rigide	Choc septique	Réanimation	NR	CCI	0
L	L		Pyélotomie coelioscopique	Sténose jonctionnelle	Néphrectomie	Retenue	CCI	9928
CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation ; H : hospitalier ; IR : insuffisance rénale ; ISO : infection du site opératoire ; IUE : incontinence urinaire à l'effort ; L : libéral ; NR : non retenue ; TGI : tribunal de grande instance ; TOT : <i>trans obturator tape</i> ; TVT : transvaginale tape ; SS : sans suite.								

Tableau 2 Mise en cause des urologues pour des interventions de chirurgie générale.

Structure	Statut	Délai de réclamation	Intervention chirurgicale	Complications	Conséquences	Responsabilité	Instance	Coût(Euro)
L	L	23	Colectomie	Péritonite	Décès	NR	CCI	36 000
L	L	31	Éventration	Péritonite	Iléostomie	Retenue	CCI	1 210 000
L	L	16	Hernie inguinoscrotale	ISO	Ablation plaque + réanimation	NR	TGI	11 220
L	L	7	Cholécystectomie	Hématome pariétal	Hospitalisation	NR	CCI	11 783
L	L	34	Thyroïdectomie	Paralysie récurrentielle	dysphonie	NR	CCI	1313

CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation ; H : hospitalier ; L : libéral ; NR : non retenue ; TGI : tribunal de grande instance.

Tableau 3 Évolution du nombre de mises en cause par année.

Année de déclaration du sinistre	Nombre de dossiers
2009	2
2010	3
2011	2
2012	7
2013	1
2014	1
2015	5
2016	13
2017	5
2018	3

des dossiers lié à un acte de chirurgie générale réalisé par un urologue.

Dans 75 % des dossiers, la réclamation est liée à une complication post opératoire contre 22 % pour un problème peropératoire. Les plaintes pour motif non opératoire sont représentées par 1 seul dossier (BCGite).

Concernant les litiges pour décès (4 dossiers), on observe une sur-représentation de la coelioscopie (3 dossiers dont 1 en robot-assistance) en lien avec une complication vasculaire ou anesthésique (Fig. 3).

Procédures

Le délai moyen de réclamation était de 28,6 mois [1–144 mois] entre le fait générateur et la réclamation.

La durée moyenne d'une procédure (ouverture-clôture) était de 32,8 mois [12–72 mois].

Il n'a été relevé aucune procédure disciplinaire et aucune procédure pénale. Dans 6 % des cas les réclamations sont restées sans suite. Dans 51 % des dossiers, les patients ou leurs assureurs garantie assurance accident de la vie (GAV) ont choisi la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI). Seize pour cent des procédures ont

Figure 2. Répartition des dossiers d'interventions chirurgicales fonctionnelles. PBP : ponction biopsie de prostate ; HTT : hystérectomie totale ; RTUP : résection trans-urétrale de prostate ; SA : sphincter artificiel ; TVT : bandelette transvaginale tape.

Figure 3. Répartition par type de complications.

été réglées à l'amiable. Dans ces 5 dossiers, l'assureur a pris en charge les frais liés à une erreur médicale indiscutable (textilome, pose de prothèse testiculaire non désirée, plaie urétrale lors d'une promontofixation, incontinence urinaire post-résection de prostate pour défaut d'information, posthécotomie réalisée au lieu d'une plastie de Duhamel). Trente-trois pour cent des réclamations évoluent en procédures contentieuses (Tribunal de grande instance).

Au total, 64,8 % des dossiers confirmaient des pratiques dans le respect des règles de l'art, et 27 % seulement sont en faveur de manquements professionnels.

Sur les 37 dossiers, 3 ont été l'objet d'une contre-expertise qui ont abouti à la reconnaissance de bonnes pratiques. Le premier dossier concernait une névralgie du fléchisseur du pied droit après une prostatectomie totale pour laquelle la première expertise retenait un lien d'imputabilité, la contre-expertise retenait, quant à elle, une aggravation d'un état antérieur sans lien avec l'intervention. Le deuxième dossier concernait une néphrectomie partielle coelioscopique ayant entraîné un décès suite à une plaie de l'artère rénale. La première expertise retenait un manquement quant à l'utilisation d'une pince à thermo-fusion au contact du pédicule, ce que ne retiendra pas le second expert.

Le troisième dossier concernait un décès dans les suites d'un cancer du testicule pour lequel la contre-expertise n'a retrouvé aucun manquement en reprenant à la différence du premier expert les recommandations en vigueur au moment des faits et non pas celles publiées a posteriori. Le dossier est toujours en procédure (Fig. 4 et 5).

Les manquements

En dehors des 5 dossiers ayant fait l'objet d'un accord amiable initialement, 5 dossiers sur 37 soit 13 % des procédures ont fait l'objet de conclusions d'expertises défavorables.

Une mauvaise indication opératoire est retenue dans 3 dossiers :

- un curage seul sans prostatectomie totale : l'expert ayant retenu un manquement par absence de discussion

Figure 4. Types de procédures. CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation.

en réunion de concertation pluridisciplinaire, argument réfuté par la compagnie d'assurance au prétexte qu'il n'existe pas de lien direct d'imputabilité entre ce manquement et le décès du patient d'un syndrome d'activation macrophagique ;

- une ligature de veine spermatique pour une varicocèle asymptomatique ;
- une pyélotomie cœlioscopique alors même qu'il aurait fallu, selon l'expert réaliser une néphrolithotomie percutanée.

Un défaut de suivi était retrouvé dans un cas de récurrence de tumeur testiculaire (partage avec l'oncologue), ce dossier est toujours en procédure et en discussion, les réfé-

rentiels des recommandations étant différents entre les experts.

L'urologue qui a réalisé une résection de prostate compliquée d'un sepsis sera retenu comme responsable en raison de l'absence d'ECBU préopératoire. Il s'agissait de la seule complication infectieuse fautive de notre série.

Les interventions chirurgicales carcinologiques rénales, les plaies vasculaires ou des voies urinaires étaient toutes reconnues comme des accidents médicaux non fautifs.

Pour les interventions chirurgicales de l'incontinence, qui représentaient 21 % des mises en cause, il n'était retenu aucun manquement.

Le plus gros dossier représente des provisions à hauteur de 1,2 millions d'euros, il s'agissait d'un dossier non urologique (retard diagnostique d'une péritonite suite à une cure d'événement).

Coût

Treize dossiers sur 37 ont été clôturés dans notre étude, aucun n'a été reconnu comme fautif, ils représentent un coût total moyen de 7836 € [0–31 120 €].

L'ensemble des provisions représentaient 1 180 000 €, soit un coût total moyen par dossier de 31 907 € [0–305 302 €].

Les dossiers de cancérologie sont plus lourdement provisionnés car les frais de séjours et les créances d'assurance maladie sont plus élevés. Ainsi les interventions chirurgicales carcinologiques représentaient 65 % des coûts totaux pour 35 % des mises en cause avec un montant total maximal de 571 050 € (Fig. 6).

Discussion

Cette étude présente la première série française de litiges en urologie rapportée. Dans notre série, il apparaît qu'un urologue libéral sera mis en cause 1 à 3 fois durant toute sa carrière professionnelle, contre 1 procédure pour un praticien hospitalier secteur libéral et aucune pour un urologue salarié.

Figure 5. Analyse des résultats des procédures. CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation ; ADAS : aux données acquises de la science.

Figure 6. Répartition des coûts par interventions chirurgicales.

Il n'existe pas de différence dans la nature des chirurgies mises en cause entre des urologues libéraux, et ou praticien hospitalier avec secteur libéral (incontinence, posthécotomie, biopsies prostatiques, et cure de fistule vésicovaginale).

Les urologues sont moins concernés par les demandes d'indemnisation par rapport aux gynécologues-obstétriciens ou aux orthopédistes qui représentent respectivement 20 % et 17 % des plaintes reçues au total en Catalogne [6].

Les complications postopératoires, avant le retard diagnostique, représentent la première cause de réclamation dans notre série (76 %) comme dans d'autres publications internationales [3,7].

Les interventions chirurgicales endoscopiques pour calcul sont représentées à hauteur de 6 %, dans notre étude. Ce résultat est comparable à l'étude américaine de Duty et al. réalisée de 2005 à 2010 [8]. Cependant on observe une variabilité des résultats en fonction des pays. En Corée du sud, la chirurgie pénienne est la plus pourvoyeuse de plaintes avec 41 % dossiers [7]. En Angleterre, l'endoscopie du haut appareil urinaire et la résection endoscopique de prostate apparaissent en tête des procédures [7].

Les organes en première ligne sont la prostate, et la vessie comme dans l'analyse anglaise National Health Service portant sur 493 dossiers [9]. Aux États-Unis, d'après l'analyse de Hsieh et al. [10], la résection de prostate et la pose de prothèses péniennes sont les premières causes de poursuite. Depuis 2007, les interventions chirurgicales oncologiques prostatiques et rénales représentent la majorité de plaintes aux États-Unis [11].

Il semblerait que la sinistralité des urologues soit globalement stable, avec une fréquence de 5 nouveaux dossiers par an pour 150 urologues assurés, cette tendance est confirmée par les rapports de risque de la MACSF et du SOU MEDICAL de 2012 à 2016 avec une moyenne de 24,5 procédures/an avec un portefeuille stable sur 6 ans [13–31]. Il n'est pas observé d'augmentation du nombre de dossier par année que ce soit au cours de notre étude ou dans les rapport de risque de la MACSF et du SOU MEDICAL [4].

Les pratiques des urologues sont conformes dans plus de 64,8 % des expertises ce qui ne semble pas être confirmé par des publications nord-américaines où les condamnations

toucheraient plus de 45 % des dossiers [8], et 26 % des dossiers dans l'étude coréenne [5].

La comparaison avec nos résultats est délicate en raison de système judiciaire et de caractérisation des fautes différentes. Cette notion semble néanmoins confirmée par le rapport de la SHAM en 2012 qui montre que dans plus de 70 % des cas, les expertises réalisées en CCI ne retrouvent aucun manquement professionnel. L'urologie ne représentant que 0,02 % des dossiers fautifs [5].

Il est possible que la qualité et la durée de la relation médecin-patient dans le cadre de cette spécialité médico-chirurgicale, la remise systématique d'une feuille d'information de l'AFU expliquant les bénéfices et les risques spécifiques à chaque intervention permettent d'éviter les mises en cause pour défaut d'information. Cette spécificité française a anticipé les conclusions d'autres analyses des pratiques [3,7,9–11].

Les procédures durent en moyenne 32,8 mois, elles pourraient avoir un impact sur les pratiques professionnelles (accès aux soins) comme cela a été publié par ailleurs, en raisons de l'impact psychologique ressentie par le praticien [2]. La durée moyenne d'une procédure aux États-Unis entre la réclamation et la clôture du dossier est de 5 ans d'après la revue de la littérature de Sherer et Coogan portant sur 6249 dossiers de 1985 à 2102 [11].

Dans notre étude, sur 37 dossiers, un seul pourrait correspondre à une procédure abusive : réclamation pour raccourcissement de verge suite à une posthécotomie. Dans tous les autres dossiers (97 %), les complications sont relativement lourdes et expliquent une recherche indemnitaire par la reconnaissance d'aléa thérapeutique non fautif, pris en charge par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Cela représente 2 dossiers sur les 13 dossiers clos dans notre étude.

Dans 16 % des cas, la procédure a été motivée par le décès du patient et dans aucun des cas elle n'a été reconnue comme fautive.

Dans 16 % des cas la complication est une plaie d'organe au contact du site opératoire (aorte, veine cave, uretère, vessie), qui ne sera reconnue comme fautive qu'une seule fois.

Dans 5 % des dossiers, les urologues sont entraînés dans la procédure pour être intervenu pour réparer une complication urétérale réalisée par un confrère. Leur responsabilité dans ce cadre n'a jamais été retenue.

Les rares dossiers de chirurgies générales sont lourdement provisionnés en raison des complications retrouvées. La sinistralité des chirurgiens généralistes et des chirurgiens digestives n'est pas la même que celle des chirurgiens urologues. Le montant de la prime d'assurance est deux fois plus élevée en chirurgie viscérale. Les urologues doivent se rappeler que les cures de hernies inguinales ou les éviscération ne sont pas sans risque.

Ils doivent insister sur la qualité et l'exhaustivité de l'information. Avec l'hyperspécialisation des pratiques, il est probable que les urologues resteront dans leur cœur de métier.

Le coût moyen d'une procédure terminée est de 7836 € dans le cadre de notre étude et de 44 946 € pour les dossiers en cours ce qui, au regard des publications étrangères représente un coût relativement faible. Les coûts des procédures

américaines sont nettement supérieures avec un coût moyen de 174 245 \$ soit 150 414 € [3]. Dans cette publication, il a été observé une augmentation de 65 % des indemnités entre 2007 et 2012, portant la moyenne des indemnités à 319 062 \$ soit 279 932 € sachant que des indemnités ne sont versées que dans 27,9 % des dossiers [11].

En Angleterre, le coût moyen d'un dossier est de 47 339 € [3] et il n'est pas observé d'augmentation des coûts moyens sur 14 ans [9].

Les rapports monteraient une augmentation des procédures et des indemnités entre 2007 et 2012 [5] avec une légère diminution après 2012 [4].

Notre étude débutant sur un portefeuille assurantiel en développement à partir de 2009, ne retrouve pas ces notions. Cela peut s'expliquer par la montée en puissance des CCI de 2002 à 2010 passant de 3 procédures/an en 2002 à 2100 procédures/an depuis 2010 d'après le rapport de la SHAM de 2012 [5]. La durée de notre étude est trop courte pour évaluer les augmentations éventuelles des niveaux financiers alors qu'il est observé aux États-Unis, une augmentation de 10 % des coûts des dossiers en 10 ans [3].

Une majoration importante des niveaux de provisionnement est en lien direct avec les créances de l'assurance maladie, en effet le prix de journée dans un service de réanimation oscille entre 3200 € et 4000 €.

Notre étude présente certaines limites en raison de la taille du portefeuille d'urologues analysés et d'une durée de suivi trop courte avec seulement 35 % des dossiers clos. Néanmoins elle permet d'approcher certaines réalités qui font des pratiques urologiques une exception dans le monde chirurgicale.

Enfin, le niveau de gravité des complications permet de comprendre la recherche indemnitaire de certains patients.

Au vue des durées des procédures, une étude complémentaire sur une plus longue durée serait nécessaire pour pouvoir réaliser une analyse plus fine des pratiques et du risque médico-légal en urologie.

Conclusion

Le faible taux de dossiers fautifs et l'absence de condamnation pour manquement au devoir d'information semblent confirmer que la pratique de l'urologie en France est de bonne qualité, mais cela mériterait un travail complémentaire portant sur un plus grand nombre de praticiens issus

de plusieurs compagnies où la sélection et la segmentation du portefeuille peuvent être différents.

Déclaration de liens d'intérêts

D.L. : directeur général du cabinet d'assurance conseils Médirisq.

Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Badger WJ, Moran ME, Abraham C, Yarlagadda B, Perrotti M. Missed diagnoses by urologists resulting in malpractice payment. *J Urol* 2007;178(6):2537–9.
- [2] Sobel DL, Loughlin KR, Coogan CL. Medical malpractice liability in clinical urology: a survey of practicing urologists. *J Urol* 2006;175(5):1847–51.
- [3] Benson JS, Coogan CL. Urological malpractice: analysis of indemnity and claim data from 1985 to 2007. *J Urol* 2010;184(3):1086–90 [quiz 235].
- [4] Rapport annuel sur le risque des professions de santé en 2016. <https://www.macsfr.fr/Actualites/Rapport-annuel-sur-le-risque-des-professions-de-sante-en-2016>.
- [5] Panorama du risque médicale en établissement de santé en 2012. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/societe-hospitaliere-dassurances-mutuelles-sham-panorama-du-risque-medical-en-etablissements-de-sante-bilan-des-risques-medicaux-de-lannee-2012/telecharger/600831>.
- [6] Gomez-Duran EL, Martin-Fumado C, Benet-Trave J, Arimany-Manso J. Malpractice risk at the physician level: claim-prone physicians. *J Forensic Leg Med* 2018;58:152–4.
- [7] Shin SH, Kim SY, Jang SG, Lee W. Analysis of closed medical litigation in urology. *Investig Clin Urol* 2017;58(5):317–23.
- [8] Duty B, Okhunov Z, Okeke Z, Smith A. Medical malpractice in endourology: analysis of closed cases from the State of New York. *J Urol* 2012;187(2):528–32.
- [9] Osman NI, Collins GN. Urological litigation in the UK National Health Service (NHS): an analysis of 14 years of successful claims. *BJU Int* 2011;108(2):162–5.
- [10] Hsieh MH, Tan AG, Meng MV. Medical malpractice in American urology: 22-year national review of the impact of caps and implications for contemporary practice. *J Urol* 2008;179(5):1944–9.
- [11] Sherer BA, Coogan CL. The current state of medical malpractice in urology. *Urology* 2015;86(1):2–9.