

Juridique

Étude statistique des motifs de mise en cause en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique

RÉSUMÉ : Les auteurs ont étudié 511 dossiers de mise en cause à la suite de déclarations ou de plaintes auprès de Branchet, assureur de praticiens de la spécialité de chirurgie plastique et esthétique du “plateau lourd”. Ils en ont tiré une étude statistique qui met en lumière que les motifs de mise en cause, pour chacune des principales interventions de la spécialité, se répartissent en trois grandes catégories : les insatisfactions de résultat, pour la grande majorité ; les infections postopératoires, notamment en matière d’augmentation mammaire par implants ; les complications postopératoires, de loin les moins importantes. Il s’agit de dossiers qui ont fait l’objet soit d’une réclamation directe, soit d’une assignation en justice, les deux moyens équivalant toujours pour l’assuré à une déclaration de sinistre.

L’origine des mises en cause étant, pour une large majorité, un défaut d’information, il est important d’envisager une prévention en amont par une démarche claire, exhaustive et tracée dans le dossier.



J.-P. REYNAUD, M. ROUIF, P. GRANIER
Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, cabinet Branchet.

Les auteurs ont étudié 511 dossiers de mise en cause suite à des réclamations ou plaintes de patientes et patients auprès de Branchet, assureur de praticiens du “plateau lourd”. Ils en ont tiré une étude statistique qui met en lumière que les motifs de mise en cause, pour chacune des principales interventions de la spécialité, se répartissent en trois grandes catégories : les insatisfactions de résultats, les infections postopératoires et les complications postopératoires. Il s’agit de dossiers qui ont fait l’objet d’une réclamation auprès de l’assureur ou d’une assignation en justice, équivalant toujours pour l’assuré à une déclaration de sinistre.

Le but de cette étude est de relever les possibles insuffisances ou manquements dans les pratiques professionnelles et de dégager des pistes d’amélioration, d’établir des recommandations, d’améliorer les dossiers en défense. Le tout étant censé faire diminuer le nombre des mises en

cause dans la spécialité. Bien malheureusement, dans un nombre non négligeable de dossiers, on trouve la trace de comportements, de propos, de critiques non déontologiques de la part de confrères consultés *a posteriori* de l’intervention.

Les auteurs ont centré leur étude sur des interventions où il leur a semblé possible et important d’établir des pistes d’amélioration les plus pertinentes : les rhinoplasties (insatisfactions de résultat) et les augmentations mammaires (insatisfactions de résultat et infections). Cependant, il leur est apparu que, tous dossiers confondus, des réflexions générales pourraient être posées.

En ce qui concerne les insatisfactions de résultats

335 dossiers ont été répartis en (*fig. 1*) :
– implants mammaires : 76 ;
– rhinoplasties : 57 ;

Juridique

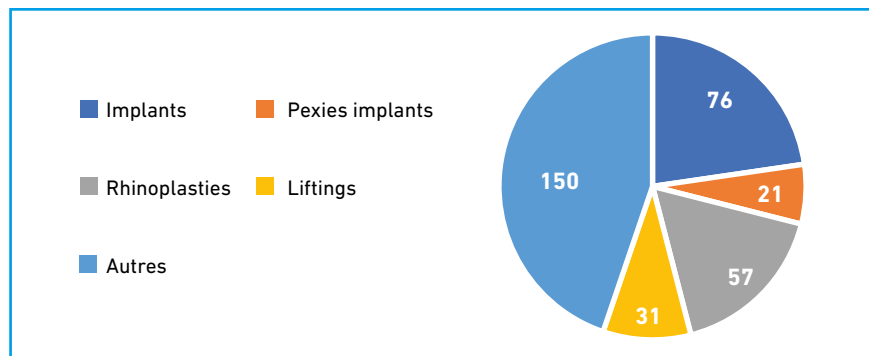


Fig. 1 : Répartition des insatisfactions de résultats des 335 dossiers étudiés.

– mastopexies avec implant : 21 ;
– liftings : 31 ;
– autres interventions : plasties mammaires de réduction, plasties abdominales, liposuccions, chirurgies de silhouette (brachio- et cruroplasties) reconstructions diverses, blépharoplasties, médecine esthétique : 150.

On peut schématiquement classer les mises en cause pour insatisfactions de résultat en quatre catégories, sachant qu'aucune complication postopératoire n'est intervenue :

– résultat non conforme à ce qui était prévu ou promis ;
– résultat non conforme aux attentes du patient ;
– aléas non prévenus, mal pris en charge ;
– révélation d'un état antérieur non décelé ou caché par le patient.

À l'origine, on trouve dans la très grande majorité des cas des insuffisances dans les pratiques, que l'on peut classer en deux groupes : insuffisances dans le dossier patient et insuffisances dans la gestion patient.

1. Insuffisances dans le dossier

>>> Une information mal conduite, incomplète, non tracée dans le dossier :
– observation médicale "indigente", trop succincte, ne mentionnant pas les données comme les antécédents, les allergies, ne précisant pas les éléments de terrain, ne décrivant pas en détail l'indication opératoire, les alternatives ;

– consentements éclairés généralistes, non ciblés sur l'intervention envisagée ;
– délivrance de la fiche d'information de la Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique (SoFCPRE) non notée expressément dans le consentement, non commentée, non remise par le chirurgien et "cachée" dans le dossier purement administratif. Parfois non remise du tout ! Parfois non récupérée signée...

>>> Le non-respect des délais de réflexion.

>>> L'absence de courriers.

>>> Des documents opératoires laconiques et réduits (CRO, dossier d'établissement...) : non conformes à la réglementation.

>>> Des imageries et photos préopératoires oubliées ou non conformes.

2. Insuffisances dans la gestion patient

>>> Profil patient non correctement estimé (terrain psychologique, nomadisme chirurgical).

>>> Préparation de l'intervention (rejoint l'insuffisance d'information) : en matière de chirurgie de confort, deux consultations préopératoires sont très fortement conseillées, la seconde pouvant se situer le jour de la consultation pré-anesthésique. Elle permet de récupérer les documents signés (devis,

consentement...) et de répondre à d'éventuelles questions. Les échanges par courriels, messages ou téléphone sont à même de la remplacer, mais il faut les tracer et les archiver dans le dossier.

>>> Choix techniques et indications opératoires non expliqués, alternatives non exposées.

>>> Bénéfice/risque non évalué.

>>> Signalement et traçage des asymétries préopératoires (non remarquées par le patient qui les découvre après et les impute à l'intervention !).

>>> Signalement et traçage des données du terrain : qualité des tissus, fonctions physiologiques...

3. Insuffisances propres à la chirurgie mammaire d'augmentation

>>> Volumes (en plus ou en moins !) insatisfaisants.

>>> Ptôses secondaires.

>>> Déplacements latéraux en position couchée (alors que c'est un signe d'aspect naturel !).

>>> Perception de plis au toucher.

>>> Douleurs musculaires.

>>> Contraction pectorale visible.

>>> Cicatrices : qualité, visibilité.

>>> Comparaisons avec une ou des amies, etc.

4. Insuffisances propres à la rhinoplastie

>>> Déviations.

>>> Asymétries.

>>> Troubles respiratoires allégués.

>>> Non-respect d'un projet préopératoire donné par simulation ou correction photographique.

>>> Palpation d'irrégularités de squelette.

>>> Corbins.

>>> Comparaisons avec un ou des amis.

5. Les pistes d'amélioration des pratiques

● Plasties mammaires d'augmentation

>>> **Volumes insatisfaisants** : il paraît primordial d'avoir effectué des essais (fantômes dans le soutien-gorge et vêtement moulant) lors de la consultation, c'est un des intérêts de la 2^e consultation. Il faut bien entendu enregistrer le choix fait dans le dossier et encore mieux le stipuler dans le consentement éclairé qui sera signé par la patiente.

>>> **Ptôses secondaires** : effectuer une bonne appréciation de la qualité tissulaire du sac cutané et de la glande résiduelle et information tracée de l'évolution possible, "un poids dans un sac fait chuter ce dernier". Lors des pexies où l'implant est posé en sous-musculaire, évoquer et tracer l'éventualité d'une ptôse glandulo-cutanée en avant de l'implant fixé, prévoir et proposer une reprise de plastie cutanée.

>>> **Perception de plis au toucher et douleurs musculaires** : ces éventualités sont bien spécifiées dans la fiche d'information de la SoFCPRE, d'où l'intérêt majeur de la remettre à la patiente (par le chirurgien qui doit en principe la commenter) et de le mentionner clairement dans le consentement éclairé.

>>> **Contraction pectorale visible** : cette éventualité doit être impérativement annoncée comme possible et clairement acceptée par la patiente, consciente par ailleurs des points positifs de l'implantation sous-musculaire qui évite d'autres inconvénients plus gênants.

>>> **Cicatrices** : outre le classique "discours" sur la qualité de la cicatrisation, le chirurgien doit expliquer pourquoi il choisit telle ou telle voie d'abord avec ses avantages et ses possibles inconvénients, et tracer ce choix expliqué dans le dossier.

>>> **Comparaisons avec une ou des amies** : toute femme est un être unique et incomparable.

● Rhinoplasties

>>> **Déviation postopératoires** : dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une déviation septale négligée, il faut s'assurer en préopératoire de l'absence totale de déviation préexistante du septum cartilagineux et osseux avec une rhinoscopie obligatoire, éventuellement complétée par un scanner.

>>> **Asymétries** : elles sont en général corrélées à un défaut technique. Il s'agit cependant d'un aléa dont on peut avertir de l'éventualité. Mais leur correction, en général facile, doit être informée comme étant possible, sans frais. Il peut y avoir des asymétries globales de visage, préexistantes, que le patient peut découvrir et s'en plaindre et dont il faut l'en avertir en consultation préopératoire.

>>> **Troubles respiratoires allégués** : dépister impérativement tous les terrains allergiques, même minimes, négligés ou dissimulés, ainsi que les anomalies anatomiques des parois latérales des fosses

nasales. Les noter dans le dossier et inciter le patient à les prendre en compte.

>>> **Non-respect d'un projet peropératoire donné par simulation ou correction photographique** : c'est un écueil majeur et il faut prendre toutes ses précautions oratoires et écrites dans le dossier pour en expliquer la grande relativité et l'absence totale de certitude de résultat en raison des variations possibles de cicatrisation.

>>> **Palpation d'irrégularités de squelette** : curieusement à l'origine de plusieurs plaintes chez des patients à profil psychologique non détecté en préopératoire. Sans relation avec un défaut visible, situation difficile à débrouiller.

>>> **Becs de corbin** : chez des patients à peau épaisse et sans compliance. Il faut toujours prévenir de leur possible survenue et de leur correction secondaire, il convient aussi de limiter chez ces patients les grandes réductions de dimensions.

En ce qui concerne les infections postopératoires

Les infections postopératoires sont une source fréquente de mise en cause, les patients n'en acceptent pas l'éventualité. Sur les 511 dossiers étudiés, 66 concernaient des mises en cause pour infection postopératoire. Parmi ces dossiers, 45 étaient en rapport avec une augmentation mammaire par implant (dont 3 associant une mastopexie, **fig. 2**).

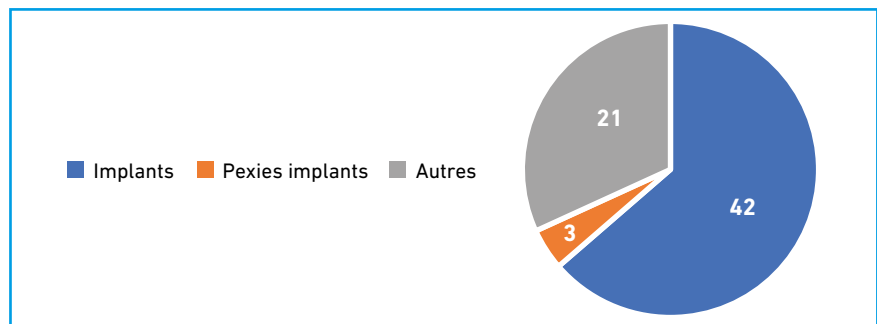


Fig. 2 : Répartition des 66 infections postopératoires.

Juridique

POINTS FORTS

Origines des mises en cause des praticiens par les patients :

- Insatisfactions de résultats en chirurgie plastique et esthétique.
- Prévention des mises en cause par une information exhaustive et tracée.
- Infections postopératoires en chirurgie d'augmentation mammaire.

En cas d'infection postopératoire, l'établissement, le chirurgien et souvent l'anesthésiste sont appelés à la cause. Si, dans la grande majorité des cas, les conclusions expertales débouchent sur la qualification d'infection nosocomiale donc par défaut une responsabilité des établissements, il faut savoir que ces derniers cherchent de plus en plus à associer les praticiens à cette responsabilité afin de minimiser les conséquences des décisions judiciaires qui l'instituent. Il est donc très important que les chirurgiens adoptent une démarche rigoureuse de prévention et de prise en charge des complications infectieuses afin de s'exonérer de toute responsabilité. Les pistes d'amélioration des pratiques dans la présente étude sont :

- des règles générales valables pour une infection postopératoire tous gestes confondus ;
- des règles particulières en matière de chirurgie mammaire d'augmentation par implant.

Une dérogation exposerait à subir une demande d'association en responsabilité par la partie adverse et/ou par l'établissement.

1. Règles générales

● Une information "renforcée"

Toujours évoquer le risque infectieux et assurer, à l'avance, d'une part des moyens de prévention et des moyens qui seraient mis en œuvre pour traiter l'éventuelle complication, risque com-

mun à tous types d'intervention chirurgicale, et d'autre part l'assurance de sa complète disponibilité en matière de prise en charge et de suivi.

Dépister par l'interrogatoire les facteurs de risque individuels : terrain, tabac et autres addictions. Insister sur le caractère impératif de l'arrêt du tabac suffisamment en amont puis en aval de l'intervention.

Ne pas hésiter, pour une meilleure compréhension par le patient, à délivrer la fiche spécifique de la SoFCPRE traitant des infections opératoires.

● Gestion de l'antibioprophylaxie

La responsabilité de sa prescription et de son administration est partagée entre l'anesthésiste et le chirurgien. Elle doit suivre les règles de recommandations particulières à la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique établies lors de la table ronde dédiée du congrès de la SoFCPRE de 2018 et publiées dans l'article des *Annales de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique*. Les protocoles doivent être validés par les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) des établissements, chose dont les chirurgiens doivent s'assurer de la prise en compte.

Le chirurgien doit, lors de l'exécution de la *check-list* (volet 2 : "Time out"), s'assurer de la bonne application de l'antibioprophylaxie et de sa traçabilité claire dans le dossier de bloc.

● Gestion des complications infectieuses

Assurer un suivi des suites opératoires soi-même, sans délais, sans limites : le patient doit pouvoir joindre directement le chirurgien dans les suites immédiates. Il doit être en possession de consignes strictes de surveillance, d'alerte et de contact. Une consultation d'urgence doit être organisée en cas de suspicion d'infection du site opératoire. Dès cette consultation et sans délai, il faut constituer un dossier clinique détaillé avec description du tableau clinique, prescriptions d'imagerie et d'examens biologiques, et photographies régulières du site opératoire concerné.

Si la reprise opératoire est nécessaire, une nouvelle démarche d'information et de recueil de consentement sera effectuée.

Il ne faut jamais donner d'antibiothérapie probabiliste devant une désunion cicatricielle sans prélèvements bactériologiques. Il s'agit peut-être de signes inflammatoires locaux, régionaux ou généraux, d'où l'utilité d'un avis "infectiologue".

En cas de nécessité de transfert, le chirurgien doit rester en contact avec le patient et l'équipe de soins qui l'aura pris en charge.

2. Règles particulières en matière d'infection sur implant

À la moindre suspicion d'infection sur implant, il est conseillé d'enclencher une procédure de traitement et de suivi. S'il n'y a pas de désunion cicatricielle avec exposition de l'implant, il est licite de tenter un traitement médical antibiotique probabiliste. S'il existe une désunion et une exposition, annoncer la nécessité d'explantation et rappeler l'information préopératoire (cf. fiche SoFCPRE). Il faut absolument résister à la tentation de réaliser des gestes "au cabinet" en espérant "sauver" l'interven-

tion ou simplifier les suites. Par exemple, devant une désunion cicatricielle et un petit suintement, replacer sous anesthésie locale ou effectuer quelques points de suture, extraire un implant largement exposé, etc. Il faut suivre les indications des règles générales.

Se rappeler que, techniquement et dans des délais postopératoires courts, le remplacement de l'implant en cause par

un implant neuf, entouré de toutes les mesures appropriées, est toujours possible. Il est bon que cela soit mentionné dans un nouveau consentement.

Lorsque l'explantation se révèle obligatoire, il faut penser, en cas d'implantation bilatérale, à reconduire une démarche d'information (exposant les possibilités de reprise en temps et en moyens) et solliciter un consentement pour le choix

suivant : explantation isolée de l'implant infecté où retour à l'état préopératoire avec ablation des deux implants.

Les auteurs ont déclaré un conflit d'intérêts potentiel lié à leur affiliation au cabinet Branchet.