Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) **42**, 71—75

Disponible en ligne sur SciVerse ScienceDirect www.sciencedirect.com

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



TRAVAIL ORIGINAL

# Analyse de la sinistralité en gynécologie-obstétrique : expérience d'un CHU en France

## *Litigation in obstetrics and gynaecology: Experience of a university hospital in France*

**R. Shojai[a,*], F. Bretelle[a], C. D'Ercole[a], L. Boubli[a], M.-D. Piercecchi[b]**

[a] *Pôle gynécologie-obstétrique-reproduction, CHU Nord, AP—HM, chemin des Bourrellys, 13015 Marseille, France*
[b] *Service de médecine legale, UFR de médecine, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille, France*

Reçu le 23 novembre 2011 ; avis du comité de lecture le 8 mai 2012 ; définitivement accepté le 21 mai 2012
Disponible sur Internet le 27 juin 2012

**MOTS CLÉS**
Sinistralité ;
Litiges ;
Réparation du dommage corporel

**Résumé**
*But.* — Analyser la nature des sinistres dans une spécialité exposée à un haut risque médico-légal.
*Matériel et méthodes.* — Étude rétrospective des dossiers ayant donné lieu à un litige au sein du service de gynécologie et obstétrique du CHU Nord-de-Marseille entre novembre 1997 et décembre 2010. Les litiges étaient définis par les réclamations, plaintes ou les déclarations d'événements à risque.
*Résultats.* — Cinquante-neuf dossiers ayant donné lieu à un litige ont été identifiés durant une période de 13 ans. L'obstétrique constituait 90 % ($n = 53$) et la gynécologie 10 % ($n = 6$) de la sinistralité. La fréquence des litiges a triplé en une décennie. Seule la moitié des dossiers a débouché sur une expertise médico-légale. Le nombre moyen de contentieux par médecin était de 2,4. La rupture utérine était la cause la plus fréquente des plaintes.
*Conclusion.* — Une meilleure identification des accidents médicaux permet à la profession d'améliorer la prévention des litiges médico-légaux.
© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**KEYWORDS**
Litigation;
Malpractice;
Liability

**Summary**
*Objectives.* — To analyse the nature of medico-legal claims in a high-risk speciality.
*Materials and methods.* — Retrospective review of the causes of medico-legal disputes at the department of Obstetrics and Gynaecology of the North University Hospital of Marseilles between November 1997 and December 2010. Disputes were defined by complaints, judicial or conciliatory claims and intentional declaration of potential medico-legal case by physicians.
*Results.* — Fifty-nine controversial medico-legal cases were identified within this 13-year period. Ninety percent ($n = 53$) of cases concerned obstetrics and 10% ($n = 6$) gynaecology. The rate of litigations tripled in a decade. Half of the litigations led to judicial or conciliatory expertise.

* Auteur correspondant.
*Adresse e-mail :* raha.shojai@ap-hm.fr (R. Shojai).

0368-2315/$ - see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.05.009

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2019 Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

The average rate of malpractice litigations was 2.4 per physician. Uterine rupture was the most common cause of complaints.
*Conclusion.* — Increased awareness of the nature of litigations may help elaborate risk reduction management programs in order to reduce professional liability on the long run.
© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La gynécologie-obstétrique est une spécialité exposée à un haut risque médico-légal. Durant la période 2005-2009, l'obstétrique a représenté 7 à 10 % de l'activité contentieuse en responsabilité civile médicale, mais 26 % du coût des sinistres [1—3]. Parmi les 41 obstétriciens assurés à la Mutuelle d'assurance du corps de santé francais (MASCF) mis en cause en 2009, 80 % ont été condamnés classant cette activité au premier rang des taux de condamnations. Le nombre et le coût des décisions relatives à un sinistre d'obstétrique ont progressé de 24 % entre 2008 et 2009 [1]. L'analyse des dossiers clôturés répertoriés par l'Office national d'indemnisation des accidents medicaux (Oniam) entre 2006 et 2009 a montré que parmi les dix dossiers les plus coûteux, les litiges en obstétrique étaient au deuxième, quatrième et huitième rang des dédommagements. Les indemnisations globales versées étaient comprises entre 2,8 et 5,7 millions d'euros [2]. Alors que le coût moyen d'un contentieux médical en responsabilité civile est estimé par l'Oniam à 115 000 euros, un dossier d'obstétrique présente un coût indemnitaire moyen de 160 000 euros. Une erreur commise en obstétrique peut en effet avoir des conséquences lourdes car elle concerne un nouveau-né qui vivra toute sa vie avec un éventuel préjudice et le coût du dossier doit tenir compte de la prise en charge par une tierce personne.

La chirurgie gynécologique est également pourvoyeuse de nombreux contentieux. Pour la société hospitalière assurance mutuelle (SHAM) en 2009, les réclamations placent cette activité au deuxième rang des spécialités chirurgicales à haut risque médico-légal derrière l'orthopédie. Parmi les 293 décisions relatives aux spécialités chirurgicales, il y a eu 28 (9,5 %) condamnations en chirurgie gynécologique pour la MASCF en 2009.

Compte tenu de ce contexte jurisprudentiel, du coût élevé des sinistres imputables et de la démographie en baisse des gynécologues-obstétriciens, la mutualisation du risque en matière de responsabilité civile impose une augmentation importante du montant des cotisations. À long terme, se pose donc la question de l'assurabilité de ces professionnels de santé exerçant notamment dans le secteur privé.

Afin de réduire les risques liés aux accidents médicaux, une évaluation des circonstances des accidents médicaux, s'inscrivant dans une démarche de prévention, paraît utile. Nous avons donc réalisé un audit des dossiers litigieux dans un service de gynécologie-obstétrique afin de mieux identifier la nature des sinistres et de permettre la mise en place d'un plan de gestion des risques.

## Matériel et méthodes

Une analyse rétrospective des dossiers litigieux du service de gynécologie-obstétrique du CHU Nord de Marseille a été réalisée de novembre 1997 (date d'ouverture du service) à décembre 2010. Compte tenu du délai long entre l'accident médical et l'expertise médico-légale, nous avons également inclus les dossiers où les faits incriminés étaient en fait antérieurs à 1997. Le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Nord de Marseille est une maternité publique régionale de niveau III, spécialisée dans la prise en charge des grossesses à haut risque et de la pathologie fœtale, réalisant actuellement plus de 2500 accouchements, 18 000 consultations et 5000 urgences par an. Le personnel médical comprend actuellement trois PU-PH, cinq PH temps plein, quatre CCA et huit internes. La continuité des soins est assurée sur place 24h/24 par deux gynécologues-obstétriciens (senior et junior), deux pédiatres (senior et junior) ainsi qu'un médecin senior anesthésiste-réanimateur.

Les litiges étaient définis par les réclamations ou demandes de communications de dossiers par les patientes, plaintes juridiques (tribunal administratif ou pénal) et du CRCI. Nous avons également inclus dans l'analyse les déclarations d'incidents effectuées à titre conservatoire, c'est-à-dire les déclarations de prudence en l'absence de réclamation d'un patient, mais pouvant constituer un événement à risque médico-légal. Les photocopies complètes des dossiers litigieux étaient chronologiquement classées et accessibles dans une archive spécifiquement dédiée aux dossiers médicaux comportant un éventuel risque juridique. Lorsque nous le disposions, les rapports d'expertise et les diverses correspondances provenant des patientes, instances juridiques, avocats, experts, assureurs étaient classés dans ces dossiers. Toutefois, nous n'avions pas accès aux dossiers médico-légaux complets provenant de la cellule juridique de l'hôpital, de son assureur (SHAM) ou bien du tribunal permettant de connaître les conclusions.

## Résultats

Cinquante-neuf dossiers litigieux ont été identifiés durant une période de 13 ans. L'ensemble des dossiers relevaient de soins réalisés dans le secteur public. L'obstétrique constituait 90 % ($n = 53$) et la gynécologie 10 % ($n = 6$) de la sinistralité. Le nombre annuel de dossiers litigieux a constamment augmenté entre 1997 et 2010. En une décennie, on note un triplement du nombre moyen de sinistres annuels. Le délai moyen entre la survenue du préjudice et la réclamation était de 6 ans, mais avec des extrêmes compris entre trois mois (CRCI) et 27 ans (accident transfusionnel). Dans 20 % des dossiers, la réclamation avait lieu moins de deux ans après l'accident. Tous les médecins du service, quel que soit leur niveau d'expérience étaient concernés. Le nombre moyen de litiges par médecin était de 2,4. Le nombre de sinistres par médecin variait de 1 à 6.

Parmi les 59 sinistres répertoriés, 23 dossiers (39 %) ont été saisis par la justice (20 au tribunal administratif et trois

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2019 Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

**Tableau 1** Analyse des dossiers ayant donné lieu à un litige en obstétrique.
*Analysis of cases giving rise to a dispute in obstetrics.*

| Circonstances cliniques en obstétrique | *n* = 53 | Détails |
|---|---|---|
| Césarienne | 16 (30 %) | 5 césariennes en urgence pour rupture utérine (4 sur utérus cicatriciel)/7 césariennes en urgence pour anomalie sur rythme cardiaque fœtale/3 césariennes en urgence avant 34 SA/1 césarienne programmée a terme, hémorragie cérébrale chez l'enfant |
| Mort fœtale in utero (MFIU) ou fausse couche tardive (FCT) | 11 (21 %) | 1 MFIU suite à un accident de la voie publique/1 MFIU chez un jumeau/1 FCT sur grossesse gémellaire à 21 SA (manque d'empathie)/1 FCT sur grossesse triple à 24SA |
| Accouchement par voie vaginale (AVB) | 6 (11,5 %) | 3 plexus brachial par dystocie des épaules/1 fracture de coude/1 encéphalopathie hypoxo-ischémique rapportée à l'utilisation d'une extraction instrumentale par spatules/1 AVB à 27 SA, hémorragie cérébrale |
| Complications liées à la gestion d'une hémorragie de la délivrance | 5 (9,5 %) | 1 aménorrhée (syndrome de Sheehan)/1 nécrose utérine dans les suites d'une embolisation des artères utérines/1 patiente ayant nécessité 3 reprises chirurgicales pour hémorragie grave/3 cas d'HCV post-transfusionnels (1976, 1980, 1992) |
| Décès maternel | 5 (9,5 %) | 1 cardiopathie malgré contre-indication formelle d'une grossesse en 1996 (post-partum)/1 embolie pulmonaire à 38 SA chez une patiente de 48 ans/1 œdème aigu pulmonaire sur éclampsie à 39 SA/1 rupture anévrisme cérébral 39 SA en 1988/1 miliaire tuberculeuse en post-partum en 1992 |
| Malformations fœtales | 4 (7,5 %) | 1 spina bifida non diagnostiquée en 1993, décès de l'enfant/1 syndrome polymalformatif diagnostiqué en anténatal, décès de l'enfant/1 péritonite méconiale néonatale, décès/1 laparoschisis diagnostiqué en prénatal, accouchement par voie basse à 34SA, décès |
| Complications des suites d'une césarienne | 3 (5,5 %) | 1 éventration cicatrice/1 abcès cicatrice avec endocardite/1 cassure avec perte de l'aiguille dans la paroi de l'utérus |
| Complications d'une analgésie péridurale | 3 (5,5 %) | 1 douleur rachidienne post-APD/1 douleur membres inférieurs post-APD/1 brèche de la dure mère |

en pénal pour homicide involontaire contre X). 6 dossiers (10 %) ont été adressés à notre connaissance par le CRCI. Dans 16 cas (27 %), il y eu une réclamation du dossier médical par les patientes, mais nous ne disposions pas d'informations sur les suites données (entente amiable, réparation juridique ou CRCI). Dans 15 cas (25 %), il s'agissait d'une déclaration de prudence interne au service liée à un événement porteur de risque médico-légal. Dans un cas, il y a eu une réclamation avec une entente amiable avec l'assureur. Enfin, dans un cas, le dossier a été d'abord expertisé au CRCI puis au tribunal administratif.

Sur les 29 dossiers ayant entraîné un rapport d'expertise médico-légale (23 expertises juridiques et six expertises au CRCI), nous avons pu accéder à sept (23 %) conclusions de rapports d'expertise. Parmi ces sept rapports d'expertise, six étaient favorables aux médecins, ne retenant pas au final de responsabilité. Dans un cas, le rapport d'expertise était défavorable, retenant une faute dans la surveillance de soins lors d'une rupture utérine en cours de travail. Nous ne disposions d'aucun jugement ou de conclusion du CRCI afin de déterminer une éventuelle discordance entre l'avis des experts et la conclusion des juges. Il n'a pas été possible, par ailleurs, de déterminer le nombre de dossiers clos.

Les doléances des patientes ont pu être identifiées dans 41 dossiers. De manière schématique, on retrouve : 15 (33 %) fautes techniques dans la réalisation de soins, 13 (29 %) retards diagnostiques, neuf (20 %) défauts d'organisation, six (13 %) affections nosocomiales ou iatrogènes, un (2 %) défaut d'information et un défaut d'empathie. Les doléances exprimées étaient considérées comme multiples et complexes dans au moins six cas. Les circonstances cliniques des dossiers d'obstétrique sont rapportées dans le Tableau 1 par ordre de fréquence.

Les six litiges en gynécologie étaient les suivants : plaie urétérale lors d'une laparotomie pour hystérectomie, perforation utérine diagnostiquée quatre mois après la pose sans

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2019 Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

difficulté d'un dispositif intra-utérin, retard diagnostique d'une grossesse extra-utérine, retard diagnostique d'une appendicite en début de grossesse ayant entraîné une perte fœtale dans les suites de la laparotomie pour péritonite, erreur d'étiquette d'un tube de bêta-HCG ayant entraîné la réalisation d'une cœlioscopie blanche pour suspicion de grossesse extra-utérine alors que la patiente n'était pas enceinte.

## Discussion

Cette étude longitudinale a permis d'identifier les situations à haut risque médico-légal dans un service hospitalo-universitaire ayant vocation de fournir des soins de proximité, mais aussi de gérer les cas complexes. La perception, selon laquelle l'obstétrique est plus à risque que la gynécologie, est confirmée avec 90 % de dossiers liés à l'activité de soins autour de la naissance. Malgré une forte augmentation de la fréquence des litiges au cours de la dernière décennie, nous avons été surpris par le faible nombre de dossiers (29/59) ayant finalement débouché sur une expertise médico-légale. Toutefois des réclamations peuvent surgir longtemps après les faits comme pour une demande d'expertise 27 ans après une infection post-transfusionnelle à HCV. Il paraît donc utile de conserver les protocoles de soins afin d'argumenter les décisions selon les pratiques conformes à l'époque des faits.

Compte tenu de l'absence de correspondances entre les experts ou les juges avec l'équipe médicale, il n'a pas été possible d'analyser les conclusions médico-légales, le type de procédure, le taux de réclamations sans suite et les indemnisations après consolidation du préjudice corporel. Une analyse homogène selon des critères de type revues de morbidité et mortalité (RMM) n'a pu être réalisée du fait de la difficulté à réunir la globalité des dossiers depuis le versant médical au devenir juridique. Cela constitue une des faiblesses de notre étude, mais reflète la grande étanchéité entre les services cliniques et la cellule juridique de l'établissement ou plus généralement avec le monde juridique, ne permettant pas de réaliser un retour d'expérience ou une évaluation des pratiques à partir des dossiers litigieux. A contrario, si nous avions étudié les cas à partir des données de la cellule juridique de l'institution ou bien de son assureur, il est fort probable que nous aurions eu moins de dossiers avec une faible perception des événements à risque. Pour la SHAM qui représente plus de 50 % de l'activité des juridictions administratives relative au contentieux de la responsabilité du service public hospitalier, seuls 20 à 30 % des réclamations aboutissent à une indemnisation [1].

Une des spécificités de la réparation des sinistres à l'occasion d'un acte lié à la naissance est la notion d'un délai important pour connaître le coût définitif d'une réclamation. Même lorsqu'une responsabilité est établie, le montant de l'indemnisation ne peut être déterminé tant que l'état de la victime n'est pas consolidé. Dans le cas d'une souffrance fœtale ayant entraîné des séquelles neurologiques graves sur un nouveau-né, le juge définit une indemnisation de l'enfant pendant la minorité et réserve la décision d'indemnisation définitive de la victime à sa majorité. Il peut donc s'écouler, dans les cas les plus graves, une vingtaine d'années entre la connaissance du sinistre et la détermination précise de son coût. Près de 60 % des litiges étaient perçus comme liés à une faute dans la réalisation des soins ou bien en rapport avec un retard diagnostique. Dans 18 (34 %) dossiers d'obstétrique la réclamation paraissait en rapport avec un retard ou la non réalisation d'une césarienne. La césarienne est en effet perçue comme une solution « magique » permettant d'éviter la morbi-mortalité néonatale et cela contribue en grande partie à l'augmentation du taux de césariennes dans les salles de naissance lié à ce principe de précaution. En France le taux de césarienne a connu une hyperinflation, passant de 7 à plus de 22 % au cours de ces 30 dernières années, mais paradoxalement le taux d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) est resté stable [4]. Actuellement, le taux de césarienne dans notre service dépasse 25 % et même s'il n'y a pas encore eu de litiges liés à une indication abusive de césarienne à notre connaissance, on remarque qu'il y avait trois litiges pour des complications iatrogènes dans les suites d'une césarienne.

Dans 12 dossiers d'obstétrique (22 %), la responsabilité des anesthésistes réanimateurs paraissait également engagée dans la gestion des soins. Cela souligne la nécessité d'une forte collaboration entre l'obstétricien et l'anesthésiste notamment en termes de communication. Notre service, ainsi que les sociétés savantes en gynécologie-obstétrique, ont établi de nombreuses recommandations de bonne pratique clinique et des fiches d'information pour les patientes. Ces recommandations et les protocoles de soins sont actuellement partiellement utilisés dans notre département. Compte tenu des cinq dossiers de rupture utérine en cours de travail, il nous paraît indispensable dans le cadre de la prévention des litiges médico-légaux d'établir des protocoles écrits pour la gestion des patientes avec un antécédent de césarienne à risque de rupture utérine en cours d'accouchement.

Récemment, notre institution a mis en place la possibilité de déclarer électroniquement les événements à risque (programme VEGERIS) pour encourager les RMM pouvant s'intégrer dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnels (EPP). Malgré de nombreux encouragements des acteurs institutionnels, peu de déclarations ont été réalisées à notre connaissance dans notre service. En effet, ces déclarations d'événements à risque ne sont pas totalement anonymes, entraînent une très lourde bureaucratie et, au final, ne sont pas toujours suivies d'actions de restitution ou correctives. Il paraît opportun donc de réfléchir à améliorer la déclaration des événements à risque. D'autres équipes ont en effet mis au point des stratégies pour réduire l'incidence et le coût de la sinistralité. Iverson et al. ont récemment montré une réduction annuelle de 20 % des sinistres durant la période 2004 et 2009 [5]. Les mesures suivantes ont été successivement mises en place : application stricte du repos de sécurité après une garde, séances répétées de simulations pratiques sur mannequins pour la dystocie des épaules ou l'hémorragie de la délivrance, cours obligatoires sur l'interprétation des tracés de rythme cardiaque fœtal en cours du travail, la création d'indicateurs de qualité des soins (taux d'infections, transfusions, réadmissions, etc.) et la création d'un comité de qualité des soins responsable d'analyser les événements indésirables.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2019 Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

## Conclusion

Notre série souligne la difficulté actuelle pour les équipes médicales d'accéder aux données juridiques. Il est important que les équipes médicales puissent rediscuter a posteriori des dossiers à la fin de l'histoire juridique afin d'en tirer des conclusions pratiques pour réduire la sinistralité. Une meilleure déclaration des événements indésirables permettrait également une analyse plus pertinente des situations à haut risque médico-légal avec mise en place d'actions correctives en amont. Au long terme, ce type d'actions ouvre la possibilité de réduire l'incidence et le coût de la sinistralité dans cette spécialité.

## Déclaration d'intérêts

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

## Références

[1] Panorama 2009 du risque médical des établissements de santé. Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM). Novembre 2010. www.sham.fr.
[2] ONIAM. Rapport 2010 de l'Observatoire des risques médicaux. Années 2006 à 2009.
[3] Le risque des professions de santé en 2009. Responsabilité Hors série novembre 2010. Éditions du GAMM www.mascf.fr.
[4] Racinet C. L'expertise obstétricale judiciaire en question (application à l'infirmité motrice d'origine cérébrale). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:219—22.
[5] Iverson RE, Hellner J. Obstetrical safety improvement and its reflection in reserved claims. Am J Obstet Gynecol 2011, http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog 2011.03.032 [in press].

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2019 Il est interdit et illégal de diffuser ce document.