Responsabilité chirurgicale et gestion du risque : à propos de la chirurgie pédiatrique

C. Grapin

Hôpital Armand Trousseau
26, rue du Docteur Arnold Netter
75012 Paris

Correspondance :
Pr Christine Grapin
Hôpital Armand Trousseau
26, rue du Docteur Arnold Netter
75012 Paris

Résumé

Le risque chirurgical est parfois confondu avec l'aléa, classique facteur de distinction entre l'obligation de moyens et l'obligation de résultat. Il s'en distingue pourtant par un critère fondamental : il peut et doit être réduit par la prévention et la gestion. Celles-ci doivent s'exercer à tous les niveaux de la prise en charge, individuels et collectifs. L'enjeu premier est la sécurité des patients, et l'apaisement d'une relation thérapeutique devenue lieu de conflit.

Dans cette optique, la faute, qui engage la responsabilité du chirurgien, peut être considérée comme une mauvaise gestion du risque thérapeutique.

Ce dernier comprend le risque chirurgical, sous la responsabilité individuelle de chaque chirurgien, et également, nous semble-t-il, le risque collectif lié à l'organisation et à la répartition des moyens.

Ces réflexions conduisent, dans cette perspective, à s'interroger sur la place à accorder à la chirurgie pédiatrique au sein du système de soins.

Mots clés : Responsabilité chirurgicale / gestion du risque / chirurgie pédiatrique

Abstract

Surgeon's responsibility and risk management: concerning paediatric surgery.

The operative and surgery-related risks are sometimes confused with hazard. The difference is that unlike hazards, these risks can and must be reduced to a minimum by prevention and management. We must be concerned with every aspect of the patient's management: the personal surgeon's responsibility is as important as the constant effort to maintain a proper organization of the paediatric surgery unit using the human and financial resources available to their best.

The proper management of surgery-related risks, largely under the surgeon's responsibility, should allow better relations between surgeons and their patients.

Key-words : Surgeon's responsibility / risk management / paediatric surgery

Introduction

Responsabilité chirurgicale et gestion du risque encadrent la sécurité thérapeutique en chirurgie.

Il nous semble que le concept de « gestion du risque », qui consiste à analyser les risques de façon rationnelle et scientifique dans le but de les prévenir, soit de nature à préciser les contours de la notion juridique de « faute chirurgicale » : l'insuffisance de gestion du risque est fautive et doit engager la responsabilité.

La seule mise en œuvre de la responsabilité du chirurgien, telle qu'elle est classiquement définie, semble trop limitée en effet pour assurer à elle seule la prévention du risque chirurgical. En effet, elle ne prend que trop peu en compte l'organisation des soins, pourtant déterminante pour la sécurité des patients. Elle intervient de plus après le dommage, et n'a que peu de valeur préventive.

A l'heure actuelle, en chirurgie pédiatrique, la diminution de l'offre de soins, liée tant à une crise de la démographie médicale qu'aux restructurations hospitalières nous semble entraîner une dégradation de la sécurité thérapeutique. Ceci amène à s'interroger sur les moyens d'y remédier et repose la question de la place de la chirurgie pédiatrique au sein du système de soins, dans une optique de gestion du risque chirurgical.

L'insuffisance de la responsabilité à assurer la prévention du risque chirurgical

La responsabilité du chirurgien intervient, par nature, en réponse au préjudice. Son rôle préventif est de ce fait limité, basé sur la dissuasion.

Deux réflexions apparaissent à une étude approfondie : (1)

- La responsabilité est abordée selon le paradigme de la faute individuelle et de la culpabilité, en ne prenant

que trop rarement en compte les facteurs liés à l'organisation, plus anonymes et protéiformes. La sécurité sanitaire est de ce fait insuffisamment protégée : des dommages apparaissent alors qu'il aurait été possible de les éviter. Des situations dont la dangerosité est avérée perdurent sans être corrigées.

- Le concept de « faute chirurgicale », défini de façon imprécise par la doctrine, est interprété de façon diverse par les tribunaux, ce qui aboutit à des dérives allant parfois jusqu'à l'obligation de résultat.

Le concept de gestion des risques permet d'élargir le champ de la responsabilité à l'organisation des soins, et de redéfinir ainsi la faute chirurgicale de façon plus fonctionnelle et plus conforme à la réalité de la pratique.

La prévention du risque chirurgical par sa gestion

La gestion des risques se propose de mettre en œuvre les techniques et les moyens qui peuvent diminuer la fréquence et la gravité des risques dans un domaine déterminé. Elle a de ce fait un fort impact sur la prévention.

Plusieurs étapes sont nécessaires : identifier les situations à risque, reconnaître la part des risques accessibles à une prévention ou une protection, mettre au point les procédures efficaces, contrôler les résultats. La plupart des secteurs industriels organisent actuellement la sécurité en faisant appel à ces techniques.

Celles-ci peuvent et doivent s'appliquer aux secteurs de la santé, particulièrement en chirurgie et dans les autres spécialités « à risque » : si la survenue de complications en chirurgie est encore inévitable, un fort pourcentage d'entre-elles peuvent cependant être évitées par une politique systématique et scientifique.

La gestion du risque chirurgical repose sur une analyse précise des facteurs qui concourent à générer un dommage chirurgical.

Analyse du risque chirurgical

Gérer le risque chirurgical suppose de connaître ses composantes. Le risque chirurgical est protéiforme : il peut être considéré comme une somme algébrique, comprenant des facteurs qui augmentent le risque, et des facteurs qui le diminuent.

Le risque chirurgical : une somme algébrique

Le risque initial est porté par le malade avant tout traitement : il s'agit du risque lié à la maladie, auquel se rajoute celui du terrain. L'existence de ce risque légitime le traitement, c'est-à-dire la prise du risque thérapeutique, dans le but de le faire diminuer ou disparaître (intention thérapeutique)

L'effet du traitement vient s'ajouter à ce risque initial, soit en le réduisant, soit en l'augmentant. Le risque « patient » est ainsi une somme algébrique : = risque « maladie » + risque « terrain » + risque « thérapeutique » (ce dernier étant positif ou négatif)

Le risque chirurgical : un risque en partie évitable

Une grande partie du risque chirurgical peut être maîtrisée. L'Association des Anesthésistes et des Chirurgiens de Grande Bretagne et d'Irlande a étudié dès 1987 de façon méthodique les causes de décès périopératoire.

Les résultats ont donné lieu à la publication de la « Confidential Enquiry into Perioperative Deaths » (ou C. E.P.O.D.) (2)

Les principales causes de décès, d'après cette enquête sont dues :

- en chirurgie, à une intervention inappropriée, une phase périopératoire mal conduite, une qualification insuffisante de l'opérateur, un défaut d'organisation, une erreur technique de l'équipe chirurgicale ;
- en anesthésie : à un manque d'organisation, un défaut d'équipement, une intoxication médicamenteuse, une erreur technique de l'équipe d'anesthésie.
- L'enquête a révélé des facteurs manifestes de dysfonctionnement du système de soins :
- l'absence de médecin senior dans le suivi et l'intervention du malade dans 30 à 50% des décès rapportés ;
- un défaut de qualification du chirurgien (jeune chirurgien opérant seul, chirurgien effectuant une intervention dans une spécialité différente de la sienne, (en particulier dans le cadre de l'urgence) ;
- des interventions non urgentes effectuées la nuit du fait de l'encombrement des salles le jour, dans des conditions non optimales du fait de la fatigue des équipes et d'un personnel plus restreint ;
- des indications opératoires douteuses, prises par des chirurgiens peu expérimentés, et n'ayant donné lieu à aucune discussion collégiale.

Le concept de « mort évitable », est alors apparu, défini comme : « tout décès dû à une cause qui ne devrait pas entraîner la mort si des soins appropriés sont délivrés à temps »

Par extension, on aboutit au concept de « risque évitable », de « risque accessible à la prévention » qu'une meilleure organisation aurait pu éviter. « Une maladie évitable est définie comme une maladie ne devant pas survenir dans un contexte où le système de soins est performant » (3)

Le terme de « pathologie nosocomiale » (4) désigne tout effet négatif survenant au cours du traitement d'un malade hospitalisé. Cette pathologie est accessible à la prévention, du moins partiellement.

Le risque chirurgical : un risque présent à plusieurs niveaux

La gestion des risques et la responsabilité qui en découlent peuvent être considérées à plusieurs niveaux.

- au niveau de la relation individuelle médecin-malade, par la compétence du médecin, et par son

comportement. La faute de ce dernier entraîne une responsabilité purement individuelle, les rapports sont d'individu à individu ;

- au niveau de l'équipe chirurgicale, le risque est encouru par le fonctionnement de l'équipe : anesthésistes, radiologues, anatomopathologistes, paramédicaux;
- au niveau de l'organisation générale de l'établissement : nombre d'infirmières par unité, nombre de lits disponibles, accès aux salles d'intervention et à la salle de réveil, existence d'une unité de réanimation, organisation générale du bloc opératoire, du plateau technique, des urgences…;
- au niveau de la population, l'accessibilité des soins joue un rôle majeur dans la sécurité. Ceci suppose l'existence et la répartition adéquate des moyens dans la commune, la région, le département, en particulier dans certains domaines : urgences, maternités, transports médicalisés. Le rôle des Agences Régionales d'Hospitalisation est crucial ;
- Toute cette organisation dépend en dernier ressort du mode et du niveau de financement, déterminés par le vote du Budget par le Parlement.

Les textes législatifs, les réglementations nationales ou supranationales, les directives européennes articulent cette organisation, qu'il s'agisse de l'organisation du travail proprement dit, ou de la sécurité sanitaire. Deux ministères sont concernés : la Santé, et l'Education Nationale pour ce qui concerne la formation des personnels médicaux.

Au niveau individuel, la compétence et l'expérience de l'équipe à laquelle il se confie sont les principales garanties de sécurité pour le malade. Mais l'existence et l'accessibilité de telles équipes dépendent de facteurs économiques et politiques.

La sécurité thérapeutique en chirurgie dépend donc de très multiples facteurs, qui font intervenir l'état d'avancement économique du pays, le niveau de financement de la Santé, la qualité de la formation des médecins, leur nombre, leur répartition, l'accessibilité des soins….

Dans une logique de gestion des risques, il est nécessaire d'analyser ces différents risques, et de déterminer pour chacun d'entre-eux un mode de prévention. Cela doit constituer pour les plus jeunes un véritable axe de recherches, conduites selon un mode scientifique.

Un changement de paradigme : la mauvaise gestion du risque est fautive

Les causes des accidents sont de deux types :

- les fautes individuelles liées à la défaillance d'un individu, qui engagent une responsabilité individuelle. Ce risque est accessible à une prévention portant sur l'individu : formation, contrôle permanent de la compétence ;
- les anomalies de fonctionnement du système de soins, qui représentent un risque collectif, sériel. Ce risque doit être prévenu par l'organisation du système de soins.

Ces facteurs sont le plus souvent intriqués : un système mal organisé ne permet pas de redresser certaines erreurs, et favorise la survenue d'authentiques fautes. Inversement, le fait de conserver une organisation défaillante doit être considéré comme fautif, dans la mesure où le risque que l'on fait subir au malade est augmenté d'une façon non justifiée. Il peut s'agir, dans certains cas, d'une véritable «mise en danger d'autrui », comme cela vient d'être jugé à l'occasion d'un accident survenu dans un hôpital pédiatrique.

A l'opposé, un préjudice qui survient alors que toutes les précautions de nature à éviter le risque ont été prises doit être considéré comme lié à l'aléa non fautif qui entoure chaque prise en charge thérapeutique.

Cette conception a pour avantage d'avoir une portée préventive. Elle permet clairement de définir l'aléa thérapeutique et de reconnaître les circonstances du préjudice non fautif.

Se trouvent ainsi concernés tous les risques liés à l'organisation du système de soins, dont l'importance représenterait jusqu'à 80% des causes de préjudice.

L'absence ou l'insuffisance de gestion des risques nous semble fautive, dans la mesure où des préjudices apparaissent, qu'il eût été possible d'éviter.

On aboutit ainsi à un glissement du paradigme : «devoir - faute – culpabilité» vers celui de «évaluation - organisation - prévention – gestion» qui inclut et dépasse l'ancien.

La faute chirurgicale est définie comme une mauvaise gestion du risque, que ce soit au niveau purement technique ou au niveau de l'organisation et du fonctionnement du système de soins.

L'obligation de « moyens » devient l'obligation de «gérer les risques».

Qui gère le risque chirurgical ?

Bien gérer un risque suppose de savoir qui est en charge de le faire.

Les chirurgiens n'ont plus à l'heure actuelle qu'un rôle marginal dans la gestion du risque chirurgical. Leur sphère de pouvoir se limite de plus en plus au bloc opératoire, dans leur conduite des interventions. L'organisation des soins est en passe de leur échapper totalement, que ce soit dans la direction du bloc opératoire, le choix de leurs équipements, de leurs collaborateurs, l'organisation des urgences, des gardes et même du service. Toutes ces tâches sont confiées désormais à des non-chirurgiens, voire à des non-médecins par un glissement progressif et continu du technique à l'administratif.

Si la responsabilité du traitement chirurgical leur incombe toujours, le pouvoir nécessaire à la liberté de gérer, corollaire de la responsabilité, leur est de plus en plus dénié.

Les facteurs déterminants dans la gestion du risque chirurgical : existence, compétence, organisation,

moyens de l'équipe, échappent de plus en plus au pouvoir des chirurgiens

L'équipe n'a pas de responsabilité en tant que telle, puisque son existence n'a jamais reçu de consécration juridique, les responsabilités étant recherchées au plan individuel, ou «in solidum»

Le rôle du chef de service dans l'«organisation du service» devrait être déterminant. Or, on assiste à un transfert du pouvoir médical au profit du pouvoir administratif, ce qui est préjudiciable à la logique de l'organisation.

Ceci a de graves répercussions sur la sécurité des malades.

La gestion du risque en chirurgie pédiatrique

Ces considérations amènent à s'interroger sur la gestion du risque en chirurgie pédiatrique et sur sa place au sein du système de soins.

Le rôle des chirurgiens pédiatres est d'opérer les enfants. Mais doivent-ils opérer tous les enfants, ou certains seulement en fonction de leur âge ou de leur pathologie ? Quel est le rôle des chirurgiens non spécialisés en chirurgie pédiatrique ? Comment organiser la prise en charge chirurgicale de l'enfant de manière à réduire le risque chirurgical ?

L'organisation de la chirurgie pédiatrique

L'organisation actuelle de la chirurgie pédiatrique fait intervenir une classification des services par niveaux.

- Les services de niveau III sont les centres de référence, principalement localisés en CHU. Les chirurgiens sont tous des chirurgiens pédiatres. Ils sont habilités à traiter toutes les pathologies chirurgicales de l'enfant.
- Les services de niveau II sont des services «spécialisés», composés de chirurgiens pédiatres.
- Enfin les services de niveau I sont des centres de proximité, composés par des chirurgiens d'adultes.

Pour ce qui concerne le niveau III, il semble qu'il y ait un consensus dans la répartition des activités : les centres référents, et eux seuls, sont habilités à traiter certaines pathologies : néonatalogie, malformations, tumeurs, urologie, traumatologie « grave », transplantations. Par contre, la répartition entre centres spécialisés (niveau II), composés de chirurgiens pédiatres exclusifs et centres de proximité (niveau I), composés de chirurgiens d'adultes est encore sujet de discussions.

Autrement dit, quelles sont les pathologies susceptibles d'être opérées par des chirurgiens d'adultes ? Quelle est la signification du terme «petite chirurgie courante» souvent utilisé pour désigner les interventions relevant d'une prise en charge non spécialisée ?

La pathologie la plus courante de l'enfant est constituée de quelques interventions fréquentes. Certaines peuvent être réalisées en hospitalisation de jour, telles les hernies inguinales, les ectopies testiculaires, les interventions sur le prépuce.

D'autres sont des urgences fréquentes, telles les appendicites, l'invagination intestinale aiguë, la sténose du pylore, et, en orthopédie, la traumatologie dite «simple»

Dans une perspective de gestion, la première étape est l'évaluation du risque : les chirurgiens pédiatres font-ils mieux la chirurgie pédiatrique «courante» que les autres chirurgiens ? La seconde est de déterminer quelles recommandations doivent être élaborées par les chirurgiens pédiatres eux-mêmes pour la prise en charge des enfants.

Quels sont les résultats de la chirurgie pédiatrique dite « courante et banale » pratiquée par des non spécialistes ?

Les hernies

Une enquête du N.C.E.P.O.D. (National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths) (5) réalisée en 1988 a relevé 5 cas d'enfants décédés à la suite d'interventions pour hernie inguinale étranglée, tous observés en centres non pédiatriques.

La hernie inguinale est principalement vue chez le nourrisson de moins de 1 an, ce qui, selon les recommandations de la S.F.A.R. (Société Française d'Anesthésie Réanimation), exige que l'anesthésie soit réalisée par un anesthésiste pédiatre, endormant au moins 100 enfants de moins de 1 an par an. Les enfants de moins de trois ans doivent tous être endormis par des anesthésistes pédiatres.

L'ectopie testiculaire

En cas d'intervention par des non spécialistes, on constate une augmentation de la fréquence de la nécrose testiculaire. (6)

De plus, certaines interventions sont inutiles par erreur de diagnostic, ou réalisées à un âge ne correspondant pas aux recommandations des chirurgiens pédiatres. (7, 8)

Actuellement, les chirurgiens pédiatres recommandent d'opérer ces enfants entre l'âge de 1 et 2 ans, ce qui implique là encore qu'ils soient endormis par des anesthésistes pédiatres.

Les traumatismes viscéraux

Il a été prouvé dans certaines publications que le pronostic est meilleur dans les centres pédiatriques (9). On y constate moins d'interventions inutiles, en particulier sur le foie, la rate, les reins, lesquelles se soldent souvent par des splénectomies ou néphrectomies inutiles et délétères.

L'appendicite aiguë

L'intervention la plus populaire chez l'enfant est probablement l'appendicite aiguë. Pourtant, toute douleur abdominale n'est pas systématiquement liée à une pathologie de l'appendice ! Le diagnostic est parfois très difficile, même pour des spécialistes, en particulier chez le petit enfant, et nécessite une parfaite expérience de l'approche pédiatrique. Il est malheureusement assez

courant, sans que cela ne puisse être prouvé de façon formelle par des statistiques, de voir de seconde main des enfants opérés quelques jours auparavant d'une « appendicite » alors qu'ils souffrent d'une pyélonéphrite aiguë, d'un kyste de l'ovaire, d'une tumeur abdominale, voire d'un foyer pulmonaire. La prise en charge de la douleur abdominale de l'enfant exige un environnement pédiatrique.

Pour ce qui concerne les suites opératoires, il ne semble pas y avoir plus de complications chirurgicales en milieu non spécialisé lorsque l'appendice est sain (pourquoi dans ce cas l'avoir retiré ?)

Par contre, on note une différence significative en cas d'appendicite perforée : le taux de réhospitalisation est alors de 60% en milieu non spécialisé, contre 25% en milieu spécialisé. Le taux de complications est également significativement plus important, de même que la durée du séjour. (10)

Certaines questions demeurent, et ne trouvent pas de réponse dans la littérature. Comment sont portées les indications thérapeutiques ? quel est le taux d'appendicectomies inutiles ?

La sténose du pylore (11)
Elle atteint le nourrisson de 1 mois. L'anesthésie doit donc être conduite par un anesthésiste pédiatre entraîné.

Une étude comparative (12), réalisée au sein d'un même service hospitalier a montré que le taux de complications postopératoires est significativement moins élevé lorsque l'intervention est conduite par un anesthésiste pédiatre, qu'il s'agisse d'un abcès de paroi (15,5%, versus 2,8%), d'une éviscération (6,7%, versus 0%) ou d'une brèche duodénale (12,8%, versus 0%).

L'invagination intestinale aiguë
Elle concerne également le nourrisson. Dans les centres pédiatriques, la prise en charge est meilleure : moins d'interventions, moins de résections du grêle (36%, versus 76%). Les pédiatres font le diagnostic plus rapidement que les médecins d'adultes, le radiologue pédiatre réussit mieux à désinvaginer le boudin au lavement opaque. (13)

La circoncision
La circoncision est une intervention également très populaire, et couramment réalisée par des non spécialistes. Mais cette intervention est le plus souvent inutile : 95% des circoncisions sont inutiles chez l'enfant (14).

En résumé, toute la pathologie réputée être une « petite pathologie bénigne de l'enfant », semble, par expérience et après analyse de la littérature devoir être confiée préférentiellement aux chirurgiens pédiatres, dans des services de chirurgie pédiatrique, et endormis par des anesthésistes pédiatres. Le traitement par un praticien inexpérimenté, qu'il s'agisse du chirurgien ou de l'anesthésiste constitue une perte de chance pour l'enfant, voire dans certains cas d'une mise en danger d'autrui.

Le diagnostic nécessite le plus souvent une grande expérience, de même que l'indication opératoire, afin principalement d'éviter des interventions inutiles.

En cas d'intervention, la spécialisation de l'équipe est fondamentale : il ne suffit pas que le chirurgien soit un chirurgien pédiatre, encore faut-il que toute l'équipe soit rôdée à l'accompagnement de l'enfant et à sa prise en charge (ainsi qu'à celle de ses parents) tout au long de son hospitalisation.

L'environnement pédiatrique est un impératif de sécurité, mais aussi de réconfort pour l'enfant et sa famille afin que le stress inévitable de l'intervention et de l'hospitalisation soit réduit au maximum.

On peut lire sous la plume de GROSFELD, éminent chirurgien pédiatre américain (15) : « Tout nourrisson ou enfant qui souffre d'une malformation ou d'une maladie a le droit d'être traité dans un environnement conçu pour sa prise en charge, par un pédiatre ou par un chirurgien spécialisé. Si votre enfant a besoin d'un traitement médical, vous voulez qu'il ou elle ait les meilleurs soins possibles. Ainsi, il apparaît raisonnable que si votre enfant a besoin d'une opération, vous vouliez qu'il consulte un chirurgien qualifié, qui ait l'expérience d'opérer les enfants. »

L'évolution actuelle

Les chirurgiens pédiatres se trouvent à l'heure actuelle, comme d'autres spécialistes, confrontés à une réduction de l'offre de soins qui ampute leurs moyens.

Le contexte actuel est caractérisé par une diminution des centres de niveau II, en raison de la diminution du nombre de chirurgiens et d'anesthésistes pédiatres et par la réduction des centres de chirurgie pédiatrique de niveau II.

Les conséquences sont doubles. La chirurgie infantile a tendance à redevenir ce qu'elle était au début de son histoire, à savoir une « hyperspécialité » regroupant des pathologies rares ou graves dans des services de niveau III. Une partie importante de la pathologie se trouve refoulée dans des services non spécialisés, de niveau I, en raison de la pénurie de centres spécialisés.

Dans une logique de gestion des risques, est-il pertinent que des enfants soient opérés par des non spécialistes, et endormis par des anesthésistes non expérimentés en pédiatrie ? Comment répartir l'activité entre les différents centres ? Quelle est la place des chirurgiens pédiatres : doivent-ils opérer tous les enfants, ou seulement certains, et dans ce cas, lesquels ? Quelles recommandations élaborer pour redéfinir les contours de la chirurgie pédiatrique.

Quelles recommandations ?

La limite actuelle est une limite d'âge : à partir de quinze ans et trois mois, les adolescents sont dirigés vers des services d'adultes. Le domaine de la chirurgie pédiatrique est donc limité de façon stricte, en fonction de l'âge, même si certaines exceptions existent, principalement en fonction d'une pathologie chronique.

Il semble logique à l'heure actuelle de redéfinir les contours de la chirurgie pédiatrique, de façon à la rendre

conforme à une logique de gestion des risques.

En fonction de l'âge et de la pathologie, certains enfants doivent être opérés exclusivement par un chirurgien pédiatre. Au-delà d'un certain âge qu'il faut redéfinir, certaines interventions peuvent être pris es en charge par des chirurgiens d'adultes.

Il va de la responsabilité collective des chirurgiens pédiatres d'élaborer des recommandations pour la prise en charge chirurgicale de l'enfant qui soient en accord avec une logique de gestion des risques.

Il faut adapter les moyens aux besoins et non l'inverse sous peine de voir la gestion des risques se transformer en gestion de la pénurie.

Conclusion

L'obligation de moyens classiquement exigée doit devenir une obligation de gestion des risques, étendue aux organes ayant en charge la santé publique.

Outre la responsabilité qu'ils revendiquent de l'acte chirurgical, les chirurgiens doivent intervenir de façon effective, engageant leur responsabilité, dans la gestion des risques liés à leur propre pratique.

Ils doivent retrouver le pouvoir effectif d'organiser la prise en charge des patients, à tous les niveaux de cette organisation.

Leur responsabilité doit avoir pour corollaire le pouvoir de gérer.

A l'intérieur d'un certain cadre qu'il appartient aux chirurgiens pédiatres de redéfinir, les enfants doivent être pris en charge dans un milieu pédiatrique, opérés par des chirurgiens pédiatres, et endormis par des anesthésistes pédiatres.

Références

1. GRAPIN C: La responsabilité chirurgicale, Thèse de doctorat en droit médical SAURAMPS MONTPELLIER 2001
2. LUNN J.N., DEVLIN H.B. : Lessons from the confidential enquiry into perioperative deaths in three NHS regions, Lancet, 1987 ; 2 (8572): 1384-6
3. HOLLAND W.W, ed. European community atlas of avoidable death, Oxford medical publications. Commission of the European Community Health Service Research Series N° 3, 1988
4. VAYRE P, VANNINEUSE A. Le risque annoncé de la pratique chirurgicale. 2003 SPRINGER-VERLAG
5. HARPER SJ, BUSH GH. Deaths in children with inguinal hernia. Br Med J 1988 ; 296 :210
6. LONDON NJM, JOSEPH HT, JOHNSTONE JMS. Orchidopexy: the effects of changing patterns of referral on outcome. Br. J. Surg 1987; 74 : 636-8
7. STEENO O, VAN GERVEN V, KNOPS J. The increase in number of orchidopexies: rather cause than prevention of male infertility. Andrologia 1988 ; 20 : 502-6
8. LAKHOO K, THOMAS DFM. Is inguinal exploration for the impalpable testis an outdated operation ? Br.J.Urol. 1996 ; 77 : 452-4
9. HALL JR, REYES HR, MELLER JL, LOEFF DS, DEMBEK R. The outcome for children with blunt trauma is best at a pediatric trauma center. J Pediatr Surg 1996 ; 31: 72-7
10. ALEXANDER F, MAGNUSON D, DIFIORE J, JIROUSEK K, SECIC M. Specialty versus generalist care of children with appendicitis: an outcome comparison, J Pediatr Surg 2001; 36 : 1510-3
11. BRAIN AJL, ROBERTS DS. Who should treat pyloric stenosis: the general or specialist pediatric surgeon ? J Pediatr Surg 1996 ; 31 : 1535-7
12. PRANIKOFF T, CAMPBELL BT, TRAVIS J, HIRSCHL RB. Differences in outcome with subspecialty care: pyloromyotomy in North Carolina. J Pediatr Surg 2002 ; 37 : 352-6
13. BRATTON SL, HABERKERN CM, WALDHAUSEN JHT, SAWIN RS, ALLISON JW. Intussusception: hospital size and risk of surgery Pediatrics 2001, 107(2): 299-303
14. RICKWOOD AMK, KENNY SE. DONNELL SC. Towards evidence based circumcision of English boys : survey of trends in practice. B.J.M. 2000 (30) ; 321 (7264) :792-3
15. J.GROSFELD, World Federation of Associations of Pediatric Surgeons Declaration of Pediatric Surgery Executive Council Kyoto May 3, 2001, J Pediatr Surg. 2001 ; 36 : 1734 « Every infant and child who suffers from an illness or disease has the right to be treated in an environment devoted to their care by a pediatric medical or surgical specialist. When your child needs medical treatment, you want him or her to have the very best care available. So it stands to reason that if your child needs an operation, you will want to consult with a surgeon who is qualified and experienced in operating on children. »