

## **Risques en gériatrie: une analyse de la base de plaintes du Sou médical pour les patients âgés de plus de 75 ans**

▶ *Pr René AMALBERTI*

*Médecin expert en Gestion des risques, le Sou Médical – Groupe MACSF*

▶ *Dr Catherine LETOUZEY*

*Médecin conseil, le Sou Médical – Groupe MACSF*

**Publié dans *RESPONSABILITE*, Mai 2010**

Le vieillissement de la population s'accroît significativement et s'accompagne d'une médicalisation de plus en plus efficiente pour cette classe d'âge. L'article essaie de comprendre dans quelle mesure cette évolution intensive de la prise en charge a influé sur le volume et la nature des mises en cause.

L'analyse porte sur 1 353 déclarations d'accident reçues au Sou Médical – Groupe MACSF pour les patients de plus de 75 ans, entre 1997 et 2008.

Un premier article, publié en 2009\* avait proposé une revue de littérature sur l'évolution générale du risque en gériatrie, avec une estimation des fréquences d'erreurs dans les différents domaines médicaux. Cette revue nous apprenait que le risque d'erreur médicamenteuse dominait de très loin toutes les autres pour cette catégorie d'âge.

Les résultats de l'analyse de la base du Sou Médical (1 353 dossiers, 1997-2008) révèle 4 traits utiles à la compréhension de l'évolution de la sinistralité des personnes âgées: (I) une base de déclarations d'accident à l'assureur n'est pas représentative des erreurs réelles qui se produisent dans l'activité médicale. La chirurgie de réhabilitation des fonctions d'autonomie domine très largement la base assurantielle, alors que les plaintes pour erreur de médicaments, citées comme les plus fréquentes dans la littérature, sont marginales ; (II) la médecine générale, bien que relativement protégée en regard de la chirurgie, voit sa responsabilité de plus en plus souvent engagée ; (III) la croissance rapide des indications de pratiques endoscopiques diagnostiques et thérapeutiques dans cette tranche d'âge entraîne une augmentation significative des plaintes dans ce secteur, essentiellement pour des accidents de perforation ; (IV) en chiffre relatif, le nombre d'évènements indésirables considérés comme des aléas augmente de façon significative, sans doute parce que les incidents liés aux nouvelles pratiques (endoscopies notamment) sont le plus souvent considérés comme des aléas et s'ajoutent au volume croissant de cataractes opérées, dont les incidents (particulièrement l'endophtalmie) sont également habituellement considérés comme des aléas. Ce paysage global dessine des évolutions significatives dans la prise en compte assurantielle de la sinistralité des personnes âgées.

Le vieillissement général des populations est constant. Plus de 16% de la population française a dépassé 65 ans (voir précédent article, Amalberti et Bons-Letouzey, 2009) et près de 5,5% a plus de 75 ans.

---

\* *Responsabilité* Volume 9, 36, 12 - 16. Gestion des risques en gériatrie : un art difficile pour le généraliste.

Les actes médicaux se sont adaptés à ce vieillissement général de la population en offrant une médecine toujours plus performante sur le plan curatif, et peut être encore plus sur le plan de réhabilitation des fonctions d'autonomie (vision, audition, mobilité).

Les interventions orthopédiques sont de plus en plus tardives, tout comme la prise en charge des cataractes.

On pourrait aisément imaginer que le risque d'erreur augmente avec cette médecine offensive du grand âge. En même temps, on considère souvent que la population âgée porte moins plainte que la population plus jeune.

Enfin, la littérature montre que le premier risque d'erreur reste de très loin, en fréquence, le risque de iatrogénie médicamenteuse (Spinewine 2008, Amalberti & Bons-Letouzey, 2009 opus cité pour une revue).

Qu'en est il réellement ? On sait finalement peu de choses du risque réel de plainte de cette fraction de la population. Les études sont rares. C'est pour faire un point plus précis sur cette question que nous proposons cette analyse de 1 353 dossiers de plaintes de personnes de plus de 75 ans déposées contre des sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF, toutes spécialités confondues, dans la période 1997-2008.

### **Méthode**

Cette analyse prolonge le travail publié chaque année dans la revue *Responsabilité* sur la sinistralité des professions médicales. Les dossiers sont ici repris et revus avec un codage nettement plus analytique et complet sur la causalité des sinistres.

Pour chaque dossier sont notés, conformément aux pratiques internationales de codage : le numéro de dossier, l'âge, le sexe, la sémiologie motivant la consultation, le diagnostic et la conduite thérapeutique du médecin, les suites médicales faisant l'objet de la réclamation (processus défaillant).

L'analyse des causes « racines » est forcément limitée : les dossiers médicaux de sinistres traités par l'assureur contiennent plus d'éléments prospectifs (évaluation des préjudices présents et futurs) que d'éléments rétrospectifs. Toutefois, cette analyse des causes profondes, même limitée, a été réalisée, en notant pour chaque dossier plusieurs critères disponibles en lien avec les critères habituellement retenus de risque dans les classifications déjà publiées.

La responsabilité est appréciée par un critère Oui/Non, directement inspiré de l'évaluation juridique du dossier : aléa/ responsabilité engagée du professionnel de santé, quelle qu'en soit le degré.

Le détail de la méthode peut être retrouvée dans Amalberti, Bons-Letouzey et Sicot, 2009 en médecine générale.

### **Résultats**

#### **Evolution générale du volume et des spécialités incriminées**

Nous avons privilégié dans l'analyse la comparaison de l'évolution des dossiers en les regroupant par bloc de 4 années (années 97 à 2000, 2001 à 2004 et 2005 à 2008) pour lisser les effets ponctuels.

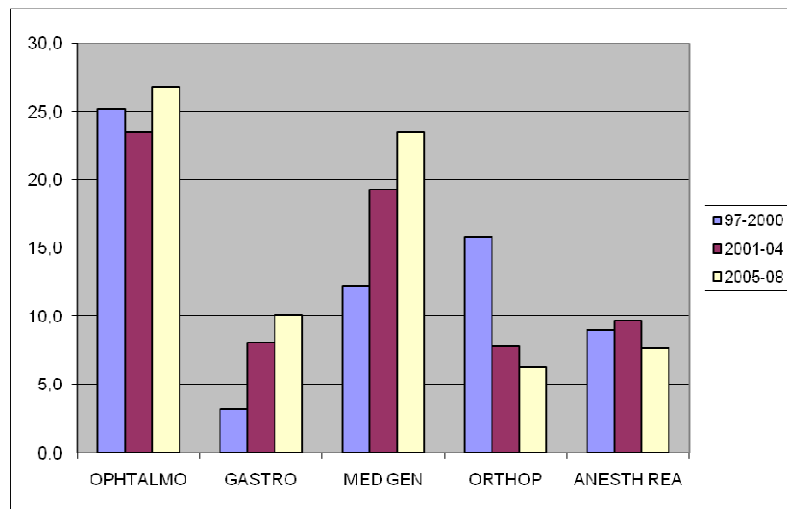
Le volume de dossiers a été de 421 entre 97 et 2000, 483 entre 2000 et 2004, et 459 entre 2004 et 2008, soit un flux relativement constant.

Parmi les spécialités incriminées, l'ophtalmologie ressort de très loin comme la première spécialité mise en cause (25,4% du total des dossiers), suivie de la médecine générale (18,5%), de l'orthopédie (10,2%), de l'anesthésie (9,2% incluant les bris dentaires à

l'intubation), de la gastro-entérologie (7,2%), puis d'un essaimage de toutes les autres spécialités.

Ramenée à l'évolution dans le temps (**Tableau 1**), l'analyse nous montre une stabilité des dossiers liés à l'ophtalmologie, une baisse significative de ceux liés à l'orthopédie (sans doute majorée par une diminution du nombre de sociétaires orthopédistes), et une augmentation significative de la part liée à la médecine générale et à la gastro-entérologie.

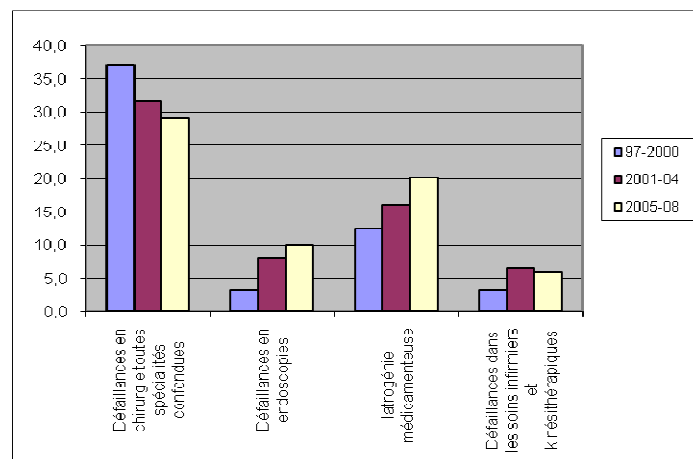
**Tableau 1 :** Evolution de la fréquence relative des dossiers pour les 5 spécialités les plus contributives en fonction du temps (trois périodes de 4 ans successives). On voit que les dossiers en médecine générale et en gastro-entérologie augmentent régulièrement alors que ceux en orthopédie ont tendance à baisser (en fréquence relative).



## Evolution des causes

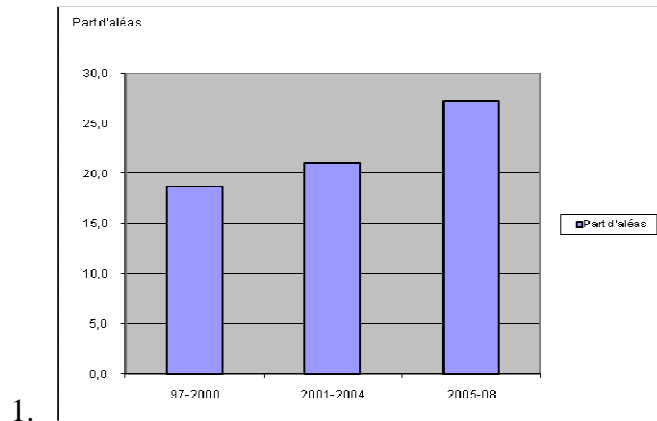
Les causes de réclamation évoluent de façon assez significative dans le temps (**Tableau 2**). En fréquence relative, la médecine générale et la gastro-entérologie prennent une place plus importante au fil des ans, alors que les spécialités chirurgicales sont relativement moins représentées.

**Tableau 2 :** Evolution de la nature des défaillances dans le temps. On voit que les défaillances en lien avec les spécialités chirurgicales ont tendance à diminuer, alors que les défaillances en lien avec la iatrogénie médicamenteuse et les perforations per endoscopiques ont tendance à augmenter rapidement.



La part d'aléa dans les dossiers s'accroît au fil du temps (dossiers considérés après analyse, CRCI ou jugement) comme non fautifs.

**Tableau 3 :** Part d'aléa (1 353 plaintes de patients de plus de 75 ans, base du Sou Médical).



1.

Une analyse plus détaillée de la causalité a été réalisée sur une fraction de la base (2001-2008). Une partie de cette analyse avait été publiée dans le premier article rédigé par les mêmes auteurs sur les risques en gériatrie (Amalberti et Bons-Letouzey, 2009). (**Tableau4**).

**Tableau 4 :** Plaintes des patients de plus de 75 ans 2001-2008. Analyse des fréquences relatives des spécialités incriminées en fonction des défaillances suspectées dans le soin.

	Nb total	Freq Relat	Méd Gén	OPH/ORL	CARDIO	GASTRO	CHIRUR	GERIAT	PARAMed	AUTRES
Retard diagnostic	56	6,1	32	4	2	1	3	1	0	13
Infections iatrogènes	151	16,5	3	84	6	2	43	1	0	14
Matériorvigilance	21	2,3	0	11	1	0	9	0	0	0
Geste maladroit (hors bris dentaires)	133	14,6	13	19	2	40	30	0	7	22
Erreur médicaments	76	8,3	23	11	15	2	2	2	0	21
Conduite thérapeutique	109	11,9	24	20	10	3	25	5	5	17
Chutes	69	7,5	21	6	0	8	2	1	18	13
Défaut/info ou coordination soins	28	3,1	15	3	0	1	4	1	0	4
Conflit patient/famille	39	4,3	11	12	0	3	7	3	3	0
Aléas, complications jugées inévitables	232	25,4	38	93	24	7	50	2	4	12
	<b>914</b>	<b>100</b>								
<b>ponds relatif de chaque spécialité</b>	<b>100</b>		<b>19,7</b>	<b>28,8</b>	<b>6,6</b>	<b>7,3</b>	<b>19,1</b>	<b>1,8</b>	<b>4,0</b>	<b>12,7</b>

## Discussion

On retiendra cinq points essentiels à cette analyse.

### La fréquence des mises en cause reste très inférieure pour cette classe d'âge à la sinistralité réelle

- Ramené en volume (5,5% de la population française de plus de 75 ans) et en connaissant le sur risque habituellement associé à cette classe d'âge (2 fois plus d'événements indésirables, Thomas, 2000), on peut tirer la conséquence que cette classe d'âge concentre autour de 11% (5,5x2) du risque d'événements indésirables de la population française.

- En faisant l'hypothèse que les plaintes au Sou Médical recouvrent sensiblement la démographie française, la fraction des plaintes analysées (1 353 sur 12 ans) peut être comparée aux environ 36 000 plaintes reçues par le Sou Médical dans la même période (flux moyen annuel de 3 000). La fraction de plaintes de ces plus de 75 ans représente donc de l'ordre de 3,6% du volume de la base totale du Sou Médical, soit près de trois fois moins que l'incidence attendue dans cette population (les 11% de l'incidence théorique calculée).
- Le premier résultat est donc que le taux de plainte des personnes âgées ou de leur famille reste très inférieur à leur incidence réelle, même s'il n'est pas marginal. De plus, ce chiffre est stable, et on ne constate pas d'augmentation en volume des plaintes relatives à cette catégorie de patients au cours du temps.
- La base de plaintes est biaisée par rapport au risque réel. On sait par exemple, par l'analyse de la littérature, que les erreurs médicamenteuses ont une fréquence sans rapport avec le taux de plaintes relevé, de même que les chutes des patients. En bref, les prises en charge thérapeutiques défaillantes, fautives ou non, sont finalement plus « acceptées » comme une fatalité des effets de la vieillesse, de la complexité des situations, et elles sont banalisées au bénéfice des médecins généralistes qui sont moins souvent l'objet de mises en cause (même si probablement, ils sont la source de très nombreux événements potentiellement indésirables chez la personne âgée). La base de plaintes est filtrée et motivée par des représentations sociales des patients âgés et de leurs aidants. La perte brutale d'autonomie liée à un geste médical est le motif essentiel des plaintes. Le handicap non réparé, alors qu'il existait une certaine promesse (résultat insuffisant de la chirurgie orthopédique ou de la cataracte), est aussi une cause récurrente de plaintes.
- La médecine générale reste relativement protégée, mais cette protection s'estompe avec le temps. Comme un témoin de cette évolution, l'analyse de la nature des plaintes montre que celles pour iatrogénie médicamenteuse sont de plus en plus nombreuses, comme si ce qui était excusé avant l'était moins maintenant. Il s'agit vraisemblablement plus d'un changement de fond de l'attitude et l'exigence des personnes âgées et de leur famille sur leur droit au soin que d'une augmentation réelle du risque (puisque l'on sait que même avec ces chiffres en augmentation, la fréquence des plaintes est encore loin de refléter la fréquence d'événement connus en matière de iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé).
- La gastro-entérologie se trouve progressivement exposée au premier plan des risques. Elle paie un tribut à une posture devenue beaucoup plus interventionnelle, notamment en matière d'endoscopies diagnostiques et thérapeutiques.
- Les aléas augmentent en pourcentage. En chiffres relatifs, le nombre d'événements indésirables considérés comme des aléas augmente de façon significative, sans doute parce que les incidents liés aux nouvelles pratiques (endoscopies notamment) sont le plus souvent jugés comme des aléas et s'ajoutent au volume croissant de cataractes opérées, dont les incidents (particulièrement l'endophtalmie) sont également habituellement considérés comme des aléas.

## Conclusion

L'évolution démographique, les transformations du travail, la qualité de la vie et la santé en général repoussent progressivement les frontières de la vieillesse. La personne très âgée est logiquement fragilisée, et plus exposée à des événements indésirables.

Les plaintes sont encore loin de refléter l'incidence réelle du risque, mais leur analyse montre des modifications dans le temps non négligeables : la médecine générale, longtemps protégée,

commence à être l'objet de plaintes, notamment sur la iatrogénie médicamenteuse ; la gastro-entérologie offre un service médical rendu important avec les endoscopies diagnostiques et thérapeutiques, mais le paie par une augmentation des mises en cause. Pour le moment, les deux grands pourvoyeurs de sinistres (endophtalmies dans les interventions de cataracte et perforations lors des endoscopies) sont considérés, dans la très grande majorité des cas, comme des aléas, et le risque juridique des professions interagissant avec cette tranche de population âgée reste donc modeste. Cette situation pourrait évoluer, imposant un effort encore plus important de qualité et d'adaptation aux conditions de fragilité inhérentes à cette population.

## Références

- Affsaps, Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, 2005, consulté sur <http://www.afssaps.fr/content/download/6210/60200/version/1/file/iatro.pdf>
- Amalberti, R., Bons-Letouzey, C., Sicot, C. La gestion des risques en médecine générale, une affaire de tempos, *Responsabilité*, 2009, 33, Vol. 9 : 5-11
- Amalberti, R., Bons-Letouzey, Gestion des risques en gériatrie : un art difficile pour le généraliste, *Responsabilité*, 2009, 36, Vol.9 : 12-16
- Spinewine, A. 2008 Making a Difference *Adverse Drug Reactions in Elderly People* The challenge of safer prescribing *BMJ*, 2008 ;336 : 956-957
- Thomas, E., Brennan, T. 2000, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records *BMJ* 2000;320:741-4
- Tsilimingras D., Rosen K, Berlowitz, D. 2003 Patient Safety in Geriatrics : A Call for Action *Journal of Gerontology* :, 2003, Vol. 58A, No. 9, 813-819