

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2009

N° 29

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**DES de Médecine Générale**

Par

**Sabrina Giraud**

Née le 25 Janvier 1981 à Poitiers

---

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2009

---

**ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES  
RECLAMATIONS AU SEIN DU PÔLE URGENCES  
DU CHU DE NANTES DE 2004 A 2007**

---

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directrice de Thèse : Madame le Dr Laetitia LABASTIRE

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>GESTION DES PLAINTES ET RECLAMATIONS : NOUVEL ENJEU EN MATIERE DE QUALITE DES SOINS .....</b>	<b>11</b>
<b>I- La responsabilité médicale à l'hôpital .....</b>	<b>12</b>
1) La responsabilité administrative .....	12
2) La responsabilité civile .....	13
3) La responsabilité pénale .....	13
4) La responsabilité ordinale .....	14
5) A propos de la responsabilité de l'interne .....	14
<b>II- Place centrale du patient dans la qualité des soins : une prise de conscience progressive des pouvoirs publics .....</b>	<b>15</b>
<b>III- Modalités de fonctionnement des CRCI et des CRUQ .....</b>	<b>17</b>
<b>IV- Gestion des plaintes et réclamations au CHU de Nantes .....</b>	<b>20</b>

<b>PATIENTS ET METHODE .....</b>	<b>23</b>
<b>I- Présentation de l'étude .....</b>	<b>24</b>
<b>II- Critères d'inclusion .....</b>	<b>25</b>
<b>III- Recueil des données .....</b>	<b>25</b>
<b>IV- Exploitation des données .....</b>	<b>27</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>28</b>
<b>I- Données générales .....</b>	<b>29</b>
1) Nombre de dossiers exploités .....	29
2) Evolution du nombre de réclamations de 2004 à 2007 .....	29
3) Répartition des réclamations en fonction des secteurs d'activité ...	30
- <u>Accueil Urgences</u> (secteurs non traumatique, traumatique, pédiatrique et unité médico psychologique)	
- <u>Unités d'hospitalisation</u>	
- <u>SAMU/Centre 15 et SMUR</u>	
<b>II- Le courrier de réclamation .....</b>	<b>34</b>
1) Emetteur des réclamations .....	34
2) Destinataire des réclamations .....	35
3) Délai d'envoi des réclamations .....	36

<b>III- L'incident initial .....</b>	<b>38</b>
1) Répartition des réclamations en fonction du jour de survenue de l'incident .....	38
2) Répartition des réclamations en fonction du nycthémère .....	40
3) Répartition des réclamations en fonction des périodes de garde sur l'ensemble du pôle .....	42
<b>IV- Motifs des litiges .....</b>	<b>43</b>
1) Accueil non Traumatique .....	43
A- <u>Identification des principaux motifs de réclamations</u> .....	43
B- <u>Motifs d'ordres médicaux</u> .....	44
C- <u>Motif relationnel</u> .....	44
D- <u>Motif « délai d'attente »</u> .....	45
E- <u>Motif administratif</u> .....	45
F- <u>Autres motifs</u> .....	46
2) Accueil Traumatique .....	47
A- <u>Identification des principaux motifs de réclamations</u> .....	47
B- <u>Motifs d'ordres médicaux</u> .....	47
C- <u>Motif relationnel</u> .....	49
D- <u>Motif administratif</u> .....	49
E- <u>Motif « délai d'attente »</u> .....	50
F- <u>Autres motifs</u> .....	50

<b>3) Accueil Pédiatrique .....</b>	<b>51</b>
A- <u>Identification des principaux motifs de réclamations</u> .....	51
B- <u>Motif administratif</u> .....	51
C- <u>Motifs d'ordres médicaux</u> .....	52
D- <u>Autres motifs</u> .....	52
<b>4) Unité médico-psychologique .....</b>	<b>53</b>
<b>5) Unités d'hospitalisation .....</b>	<b>53</b>
A- <u>Unité d'hospitalisation de courte durée</u> .....	53
B- <u>Médecine polyvalente urgences</u> .....	53
<b>6) SAMU/Centre 15 .....</b>	<b>54</b>
A- <u>Identification des principaux motifs de réclamations</u> .....	54
B- <u>Motifs d'ordres médicaux</u> .....	54
C- <u>Motif « délai d'attente »</u> .....	55
D- <u>Motif relationnel</u> .....	56
E- <u>Motif administratif</u> .....	56
<b>7) SMUR .....</b>	<b>57</b>
<b>V- Objectifs du plaignant .....</b>	<b>59</b>
<b>VI- Recours à une instance judiciaire ou à une commission .....</b>	<b>60</b>
<b>1) Recours en justice (tribunal administratif) .....</b>	<b>60</b>
<b>2) Recours à une commission .....</b>	<b>61</b>

<b>VII- Réponse apportée à la réclamation .....</b>	<b>62</b>
1) Données étudiées .....	62
2) Identité de l'auteur de la réponse .....	63
3) Le délai de réponse .....	64
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>65</b>
<b>I- Le Pôle Urgences comparée au reste de l'Hôpital.....</b>	<b>66</b>
<b>II- Que retenir de notre étude ?.....</b>	<b>67</b>
1) La demande du patient .....	67
2) La réponse des équipes .....	68
3) Communiquons .....	76
<b>III- A propos de la gestion des réclamations .....</b>	<b>79</b>
<b>IV- Les limites de l'étude .....</b>	<b>80</b>
<b>V- Axes d'amélioration .....</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>91</b>

# **Introduction**

Le médecin. Personnage autrefois emblématique, porteur d'espoir et de connaissances, il a de tout temps eu une place privilégiée au sein de la population. Il est celui qui soigne, guérit ou tout simplement accompagne quand il n'existe plus de recours. Cette fonction appelle des devoirs. Le devoir de soins mais également celui d'écoute, d'empathie et de conservation du secret médical, permettant d'établir une relation privilégiée avec le patient.

Les cinquante dernières années ont vu se développer de nouvelles techniques, des connaissances chaque jour plus nombreuses, permettant une amélioration considérable de l'espérance de vie et de l'accès aux soins. La relation médecin patient est passée d'une relation de type compassionnelle à une relation de type contractuelle dans laquelle le désir de résultats a parfois surpassé le besoin d'écoute.

Quelle est désormais la place du patient dans l'organisation du système de santé ? Le développement de l'accès aux soins et à l'information a fait prendre conscience à l'ensemble de la population, de manière progressive que le patient est lui-même un acteur de santé, qui se doit de faire valoir ses droits.

Conscient de cet état de fait, les pouvoirs publics, ont, par la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins, définit ces droits : droit à l'information, droit au respect de la dignité, mais surtout le droit de contestation. Un droit à la contestation qui ne doit pas être vu sous l'angle de la réprobation mais sous celui d'un moteur de progrès.

L'avis des usagers est actuellement considéré comme un marqueur de la mesure de la qualité des soins. La gestion des plaintes et des réclamations s'inscrit, depuis cette loi, dans une démarche qualité. D'ailleurs, cette démarche qualité fait partie des critères prioritaires d'accréditation des hôpitaux dans le cadre de la certification V2010.

C'est dans ce contexte de démarche qualité que s'inscrit cette étude. L'ensemble des réclamations reçues par le pôle Urgences du CHU de Nantes a été répertorié et analysé sur une période de 4 ans. Nous avons d'ailleurs préféré le terme de « réclamations » à celui de « plaintes », celui-ci se référant davantage à un contexte judiciaire.



Cette étude a pour objectif de :

- Définir les caractéristiques précises des réclamations adressées au pôle Urgences entre 2004 et 2007.
- Les analyser afin de mettre à jour des dysfonctionnements auxquels il pourrait être nécessaire de pallier.
- Proposer des axes d'amélioration de la gestion des réclamations pour se rapprocher au mieux des critères d'accréditation définis par la certification V2010

**Gestion des plaintes et réclamations :**  
**Un nouvel enjeu en matière de**  
**Qualité de prise en charge.**

## **I- La responsabilité médicale à l'hôpital**

Le patient a la possibilité, si il s'estime lésé, d'engager la responsabilité du médecin qu'il juge responsable. Il existe 4 types de responsabilités (1) pouvant être engagées en fonction de :

- la volonté du plaignant : indemnisation du patient ou sanction du praticien
- le secteur d'exercice : public ou libéral

### **1) La Responsabilité administrative**

Ce type de responsabilité est propre à l'activité médicale en secteur public. Le plaignant engage la responsabilité de l'hôpital, l'administration se substitue alors au personnel fautif. L'administration est responsable indemnitaires de ses agents.

La responsabilité administrative repose sur le triptyque :

- Mise en évidence d'une faute
- Existence d'un préjudice
- Etablissement d'un lien de causalité

C'est au patient d'apporter les preuves de l'existence de ces 3 éléments, mais il est aidé en cela par le juge et par la « notion de présomption de faute » (la preuve doit être apportée par l'administration).

Le préjudice doit être réel, certain, matériel ou moral.

La substitution par l'administration est cependant révoquée en cas de faute détachable du service. Les poursuites sont alors renvoyées au pénal. Citons quelques exemples de fautes détachables du service :

- refus de se déplacer lors d'une garde ou d'une astreinte
- euthanasie
- non assistance à personne en danger
- réalisation d'investigations ou de soins en l'absence ou contre le consentement d'un patient en état de donner son avis et en dehors contexte de l'Urgence.

## 2) La responsabilité civile

Il s'agit d'une responsabilité de type contractuelle, instituée par l'arrêt Mercier du 20 mai 1936, donnant au médecin une obligation de moyens (article 1137 du code civil), en mobilisant tous les procédés techniques, intellectuels et humains à sa disposition.

Comme la responsabilité administrative, l'objectif est la réparation d'un dommage conduisant à une indemnisation de la victime.

La responsabilité civile repose sur le même triptyque que la responsabilité administrative.

Les preuves doivent être apportées par le patient sauf en matière d'information, dont la charge de la preuve est dévolue au praticien depuis l'arrêt Hedrieu/cousin du 25/02/1997

Le préjudice invoqué doit être :

- personnel
- certain
- direct
- prévisible
- matériel et/ou moral

## 3) La responsabilité pénale

Elle vise la sanction du médecin incriminé et non l'indemnisation du plaignant.

En application des textes du code pénal, elle se fonde sur la constatation d'une infraction.

Les infractions sont de 2 types :

- Infraction contre les personnes
  - o Atteinte involontaire à la vie
  - o Atteinte involontaire à l'intégrité physique
- Infraction aux obligations légales :
  - o Non respect du secret professionnel
  - o Abstention de porter secours
  - o Faux certificats et attestations

Les médecins exerçant en secteur public peuvent y être soumis si une des infractions est reconnue.

#### **4) La responsabilité disciplinaire**

Il s'agit du droit pénal, interne à la profession. Elle résulte d'une infraction au code de déontologie médicale (code de déontologie médicale du 06 septembre 1995). L'objectif de cette voie de recours est d'obtenir des sanctions disciplinaires à l'encontre du médecin. Les plaintes sont déposées au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui les transmet au Conseil Régional de l'Ordre.

Les médecins exerçant en secteur public bénéficient cependant d'un « privilège » particulier puisqu'ils ne peuvent être traduits devant le Conseil Régional de l'Ordre que par le ministre chargé de la santé publique, le directeur de la DRASS ou le procureur de la république. Ceci rend les procédures plus rares.

#### **5) A propos de la responsabilité de l'interne**

Le statut de l'interne est défini par le décret 99-930 du 10 Novembre 1999 (2) comme « *un praticien en formation* ». A ce titre, il est considéré comme un membre du corps hospitalier public dont la situation au regard du droit civil, du droit administratif et du droit pénal est identique à celle de tout médecin.

La différence essentielle se situe au niveau de l'absence de responsabilité disciplinaire. L'administration peut cependant prononcer des sanctions disciplinaires à l'encontre d'un interne fautif en vertu des articles 30 et 31 du décret précédemment cité, après consultation du praticien sous la responsabilité duquel l'interne est placé.

## **II- Place centrale du patient dans la qualité des soins : une prise de conscience progressive des pouvoirs publics**

Depuis le siècle dernier, la place qu'occupe le patient au sein de la politique de santé a considérablement évolué, passant du statut de « malade assisté » à celui de « patient : acteur de santé » (8, 9). Cette évolution a été très progressive.

Au décours de la seconde guerre mondiale, l'individualité du patient est reconnue notamment par la circulaire du 05 décembre 1958, instituant le premier livret d'accueil du patient à l'hôpital, afin de : « *donner au malade l'impression qu'il n'est pas un objet numéroté mais un individu.* »

Il faudra cependant attendre 1974 pour que l'on commence à considérer la satisfaction du patient, le respect de sa dignité et de sa personnalité comme des éléments de progrès. Ainsi, le décret du 14/01/1974 institue les premiers questionnaires de sortie. La première charte du malade hospitalisé apparaît la même année.

Mais quel élément est le plus représentatif des besoins et désirs exprimés par le patient que les réclamations ?

Le concept de conciliation a, sur le plan législatif, fait son apparition par les circulaires des 6 et 9 février 1995 et par la charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995. Le recours à la médiation est recommandé chaque fois que possible, le médiateur naturel étant le directeur de l'établissement.

L'ordonnance du 24 Avril 1996 crée les premières « commissions de conciliation ». Elles sont constituées du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), d'un médecin conciliateur (et de son suppléant), de membres de la commission du service de soins infirmiers, et pour la première fois de représentants des usagers. Le secrétariat est assuré par le directeur de l'établissement, qui a la charge de collecter les réclamations et d'y répondre.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (4) va poser le cadre législatif d'une tendance internationale déjà évoquée dans la charte de Ljubjana (OMS 1996) sur la réforme des systèmes de santé européens : donner à l'utilisateur de l'hôpital la place d'acteur de santé. Cette loi, outre les droits d'accès au dossier médical,

la revalorisation des droits des malades, pose également un cadre législatif à la gestion des plaintes et réclamations par :

- Le remplacement des commissions de conciliation par les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (ou CRCI), qui concernent les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales.
- La création des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ou CRUQ.

De part la création de ces deux commissions, les directions hospitalières se voient dans l'obligation d'instituer une politique de gestion des réclamations en terme d'enregistrement et de réponse. D'où la nécessité de création de procédures.

Les principes de la loi du 4 mars 2002 sont repris dans la forme réactualisée de la charte de la personne hospitalisée (circulaire du 2 Mars 2006) : « *La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil* ».

Enfin, depuis 2009, la gestion des plaintes et réclamations est devenue un enjeu majeur de la politique de santé, puisque faisant partie des critères prioritaires de certification des établissements de santé (certification V2010) (11) : « *L'analyse des plaintes constitue un outil d'aide à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et de la prévention de la maltraitance.* » (3)

Ceci suppose :

- une exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations
- son intégration à la démarche d'ensemble d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### **III- Modalités de fonctionnement des CRCI et des CRUQ**

#### ✦ Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

Elles concernent les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales ou CRCI

Créée par le décret du 3 mai 2002 (5), en application des articles L 1142-6 et L 1143-1 du Code de la Santé Publique, les CRCI sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire. Les 20 autres membres qui la composent sont :

- représentants des usagers
- professionnels de santé
- assureurs
- représentant de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), organisme créé par la loi du 4 mars 2002 afin d'assurer le bon fonctionnement des CRCI et l'indemnisation des victimes d'aléa thérapeutique.

Ils existent 4 pôles inter régionaux qui se réunissent dans les DRASS des villes concernées.

La CRCI a pour mission de :

- favoriser la résolution des conflits par la conciliation
- permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice estimé est supérieur à un seuil fixe, déterminé par le décret du 04 avril 2003, et pour des faits survenus après le 5 septembre 2001

La commission est saisie sur demande du plaignant selon les critères précédemment cités. Elle missionne alors une expertise dont les conclusions sont discutées en commission en présence du plaignant. Elle émet ensuite un avis sur la réalité du préjudice et le montant de l'indemnisation éventuelle. Cet avis est transmis à :

- la direction de l'établissement
- l'assureur
- l'ONIAM en cas d'aléa thérapeutique ou d'infection nosocomiale grave

Les payeurs disposent alors d'un délai de 4 mois pour faire une offre. L'acceptation de cette offre par le plaignant met fin à toute possibilité de procédure au contentieux. En cas



de refus du payeur ou de dépassement du délai, le plaignant peut saisir l'ONIAM ou le tribunal.

#### ✦ Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge ou CRUQ

Créée par la loi du 4 mars 2002, ses missions et modalités de fonctionnement ont été définies par le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 (6)

La CRUQ est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats inter hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Cette commission se compose :

- du représentant légal de l'établissement (directeur) qui assure la fonction de président au sein de la Commission
- De deux médiateurs (l'un médecin et l'autre non médecin) et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement.
- Et de deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'ARH

La CRUQ a pour mission de :

- Contribuer à l'amélioration de la qualité d'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle est en effet destinataire de toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions (article R 1112-80 du CSP). Elle peut alors procéder à une analyse complète de la situation et réaliser un rapport soumis au conseil d'administration de l'établissement et à l'ARH.
- Veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Le médiateur peut être saisi par

- le plaignant
- le directeur des usagers

Il doit alors rencontrer le plaignant dans les 8 jours suivant la saisie puis adresser le compte rendu de cette rencontre au président de la commission dans les 8 jours suivant la rencontre.

Ce compte rendu est soumis à discussion lors d'une réunion qui aboutit à l'émission d'un avis.

Le directeur a ensuite la charge de répondre au plaignant dans les 8 jours, en joignant l'avis de la commission.

## IV- Gestion des plaintes et réclamations au Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes

### ✦ A l'échelle de la direction de l'hôpital

Bien avant la Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, accorder une place privilégiée aux patients et aux usagers était déjà une des priorités du CHU de Nantes.

En effet, dès septembre 2001, à la demande de la direction, un jury citoyen est invité à émettre des recommandations dans le cadre du projet d'établissement 2003/2007, recommandations qui seront ensuite soumises aux groupes de travail.

L'année 2002 voit la création de « l'Association Espace des Usagers du CHU de Nantes » (10), dont l'une des missions, définie dans la charte de l'espace des usagers est de : *« Transmettre auprès de la direction du CHU les réflexions, les réclamations, les plaintes pour que soient apportées réponses et solutions »*

Leur interlocuteur principal est la direction des usagers, créée en 2001. Cette instance administrative a la charge de recueillir et de répondre à l'ensemble des réclamations adressées au CHU, quelque que soit le service concerné.

La loi du 4 Mars 2002 a introduit l'obligation de « gestion » (c'est-à-dire d'enregistrement, de réponse) et de suivi des réclamations, nécessitant une centralisation qui perdure à ce jour.

Deux voies sont empruntables par le plaignant :

- La lettre de recommandation est adressée, avec accusé de réception, au directeur de l'établissement. Elle est alors transmise à la direction des usagers qui en informe le chef du service concerné afin que les éléments du dossier nécessaires à la réponse soient colligés.

Jusqu'au début de l'année 2008, les réponses aux réclamations ayant emprunté cette voie n'avaient pour seul auteur que le directeur des usagers. Cette modalité de réponse a été modifiée avec la création des pôles et des plates-formes. La réponse à une réclamation incombe à présent au directeur de la plate- forme concernée.

Le délai de réponse est fixé, de façon non réglementaire, à 30 jours. La réponse doit informer les patients des modalités de recours existantes, tant amiable que contentieux.

- La lettre de réclamation peut également être directement adressée au service concerné. La réponse est alors le fait du chef de service qui doit cependant en informer la direction des usagers afin d'assurer l'exhaustivité en matière d'enregistrement des plaintes et réclamations.

#### ✦ A l'échelle du pôle Urgences

Il existe, à l'échelle du pôle, 2 procédures de gestion des réclamations :

- Une procédure concernant le service Accueil Urgences (secteurs traumatique, non traumatique, pédiatrique et l'unité médico psychologique), commune avec les unités d'hospitalisation (UHCD et MPU)
- Une procédure commune au SAMU/centre 15 et au SMUR.

#### Procédure commune à l'Accueil Urgences et aux Unités d'Hospitalisation :

Elle suit la procédure générale. La lettre de réclamation, quelque soit son origine (direction ou patient) est remise au chef de service qui en accuse réception auprès de la direction des usagers et en informe le personnel impliqué. Il a ensuite la charge de collecter les divers éléments du dossier afin de répondre de la façon la plus adaptée, dans les meilleurs délais. La lettre de réclamation et une copie de la réponse apportée sont ensuite archivées.

#### Procédure du SAMU/Centre 15 et SMUR :

La lettre de réclamation est transmise au responsable d'Unité Fonctionnelle (UF). Celui-ci accuse réception à la direction des usagers. Après réécoute de bandes, constituant le dossier, 2 voies sont possibles :

- en cas de régulation par un médecin généraliste, une lettre attestant de la réception de la lettre, assurant l'examen du dossier est adressée à la direction et/ou au plaignant, pour l'informer de la transmission de la lettre au médecin

ayant assuré la régulation du dossier. A charge ensuite au généraliste de fournir les éléments de réponse nécessaires.

- En cas de régulation par un médecin urgentiste, ce dernier en est informé. La réponse est rédigée par le responsable d'UF..

Dans les deux cas, les courriers sont co-signés par le responsable d'UF et par le chef de service.

# **Patients et Méthode**

## I- Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective monocentrique, portant sur les lettres de réclamations reçues au sein du pôle urgence du CHU de Nantes de 2004 à 2007 inclus.

Le pôle Urgences du CHU de Nantes se compose de différents secteurs :

- Accueil Urgences :
  - Accueil non traumatique
  - Accueil traumatique
  - Accueil pédiatrique
  - Secteur médico- psychologique
  
- SAMU/SMUR
  
- Les unités d'hospitalisation que sont :
  - Unité d'hospitalisation de Courte Durée (UHCD)
  
  - Médecine polyvalente d'Urgence (MPU)

Et de 2 secteurs n'ayant cependant pas été inclus :

- Unité de consultations et de soins ambulatoires pour les détenus : les patients concernés par les réclamations ont été pris en charge dans les unités sus-citées.
  
- Unité de coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus pour la raison évidente de l'absence de soins prodigués.

## **II- Critères d'inclusion**

La totalité des réclamations reçues par le pôle des Urgences entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2007, quelle qu'en soit la forme (téléphonique, lettre, questionnaire de satisfaction) ont été incluses.

## **III- Recueil de données**

Chaque lettre, ainsi que sa réponse ont été lues et analysées en fonction des critères suivants :

- Secteur concerné par l'incident initial
- Identité du rédacteur :
  - Patient lui-même
  - Membre de la famille du patient sans précision du lien de parenté
  - Médecin, qu'il soit le médecin traitant ou un médecin ayant participé à la prise en charge du patient
  - Représentant des collectivités : Maire, président d'association, directeur de maison de retraite, président d'association
  - Commission Hospitalière : CRCI, service administratif hospitalier
- Destinataire du courrier : direction ou chef de service
- Date de l'incident initial
- Date de rédaction de la lettre
- Date de réponse au courrier de réclamation



- Motif de la plainte : nous avons individualisé 5 catégories de motifs, elles-mêmes subdivisées en sous catégories, corrélées au secteur concerné :
  - Motifs concernant les délais d'attente :
    - Attente téléphonique pour SAMU/Centre 15
    - Attente de moyen engagé pour le SAMU/Centre 15
    - Attente de prise en charge au niveau de l'urgence accueil
    - Attente d'orientation
  - Motifs administratifs :
    - Demande de dossier
    - Contestation de facturation
    - Perte d'Objet
  - Motif ayant trait aux aspects relationnels :
    - *Empathie du personnel soignant*
    - *Déférence du régulateur* pour le SAMU/Centre 15, qu'il soit régulateur libéral ou hospitalier
  - Motifs médicaux :
    - *Diagnostic* : cette sous catégorie comprend non seulement les erreurs de diagnostic mais également le manque d'examen utile au diagnostic, qu'il soit objectif ou uniquement ressenti par le plaignant.
    - *Thérapeutique* : Cette sous catégorie regroupe à la fois les erreurs de thérapeutique mais également les thérapeutiques jugées insuffisantes par l'émetteur du courrier.
    - *Orientation* : l'orientation concerne bien évidemment les orientations jugées inappropriées à la sortie du Service d'accueil des Urgences, mais également, en ce qui concerne le SAMU/Centre 15, les envois de moyens jugés inappropriés.
  - Autres

- Objectifs de la réclamation :
  - *Demande d'information* sur une prise en charge
  - *Témoignage*
  - *Indemnisation*
  -
- Identité de la personne répondant à la réclamation :
  - *Administration* : direction des usagers, trésorerie
  - *Chef de service*
  - *Responsable d'UF*
  - *Médecin* ayant participé à la prise en charge du patient
  - *Autres*
- Existence d'un recours à la justice (tribunal administratif ou de grande instance) ou à une commission (commission de conciliation, CRCI, ONIAM)

#### **IV- Exploitation des données**

Les données ont été collectées et enregistrées sous la base de données ACCESS® puis exploitées grâce au logiciel EXCEL 2000®.

L'analyse statistique a été réalisée sous EPIINFO®.

L'ensemble de l'ouvrage ici présenté a été rédigé sous WORD® pour WINDOWS XP PRO®.

# Résultats

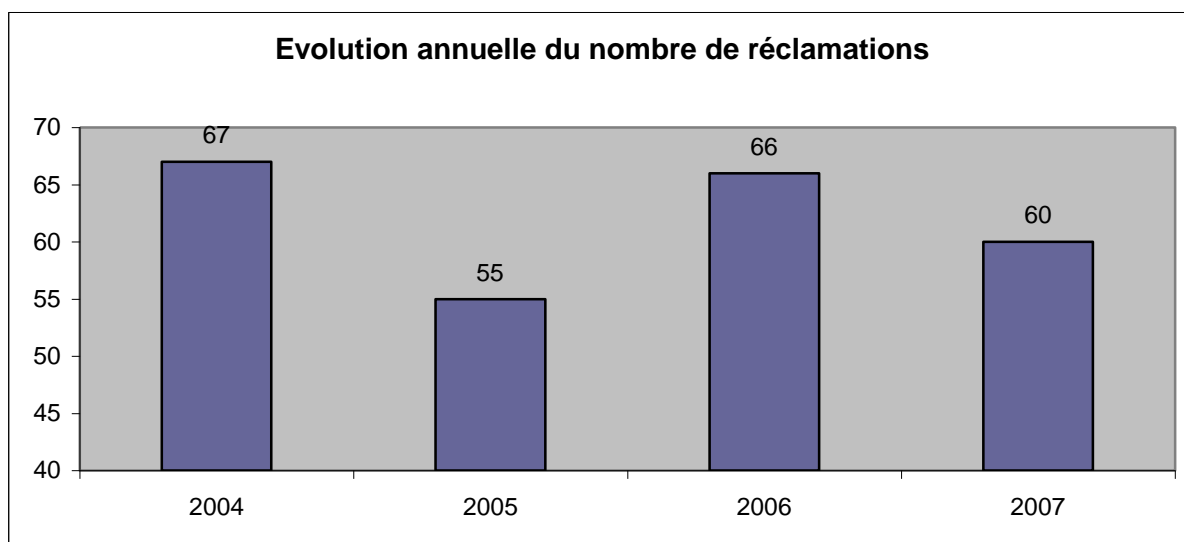
## I- Données générales

### 1) Nombre de dossiers exploités

L'étude porte sur 248 réclamations adressées au pôle Urgences entre 2004 à 2007. Il s'agit de :

- 241 lettres dont 6 n'ont pas été retrouvées dans les archives, les différentes données ont alors été déduites de la réponse.
- 3 questionnaires de satisfaction
- 2 appels téléphoniques
- 1 déclaration d'évènements indésirables

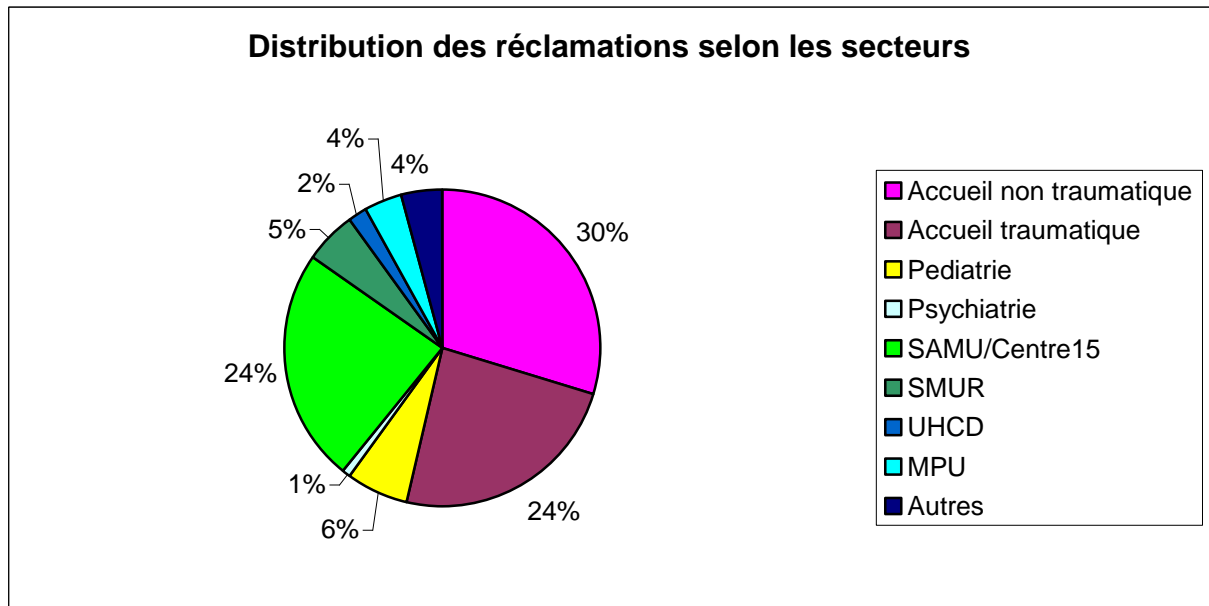
### 2) Evolution du nombre de réclamations de 2004 à 2007



Le nombre de réclamations concernant le pôle Urgences est relativement stable avec cependant un infléchissement en 2005.

Cependant, au vu notamment de la séparation administrative du service d'Accueil des Urgences, du SAMU/centre 15 et des unités d'hospitalisation, il semble nécessaire d'étudier les incidences en fonction des différents secteurs.

### 3) Répartition des réclamations en fonction des secteurs d'activité



Les réclamations concernent principalement le service d'Accueil Urgences non traumatique, traumatique et le SAMU/Centre 15.

La catégorie « autre » regroupe :

- 2 réclamations destinées au Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS 44) mais transmises pour information au SAMU/Centre 15
- 2 réclamations concernant les ambulanciers des Urgences
- 1 réclamation contre le CAPS de Nantes
- 1 réclamation d'erreur de facturation pour un patient n'ayant pas été admis
- 1 réclamation pour usurpation d'identité
- 1 réclamation d'un patient parti avant admission
- 1 réclamation contre l'administration

✦ Au niveau de l'Urgences Accueil (secteur traumatique, non traumatique, pédiatrique et psychiatrique)

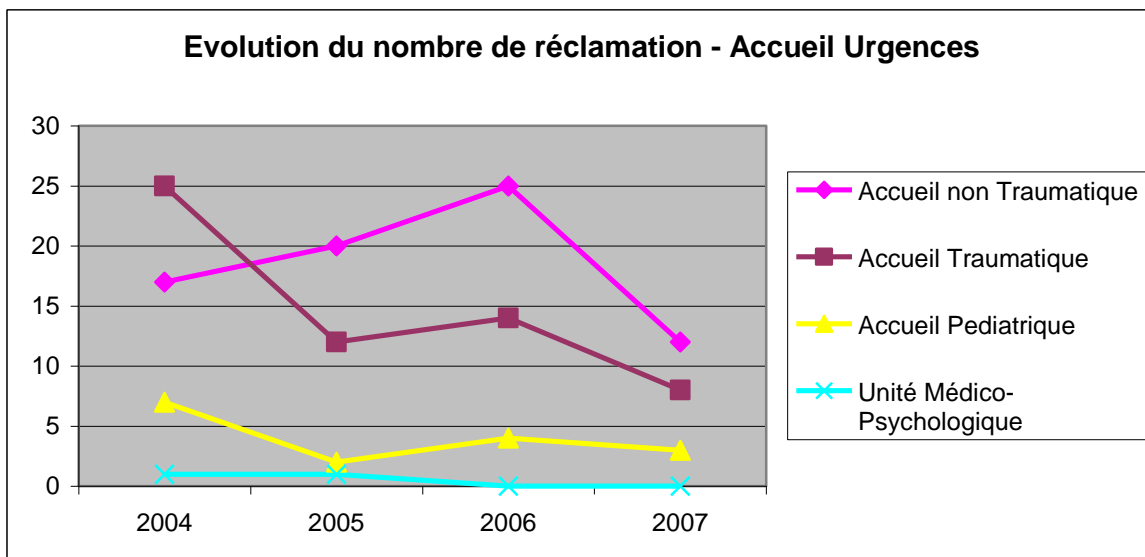
Les rapports d'activités du service d'Accueil Urgences font état (tout secteur confondu) de **348238 passages** de 2004 à 2007.

L'incidence des lettres de réclamations sur les quatre années est donc de

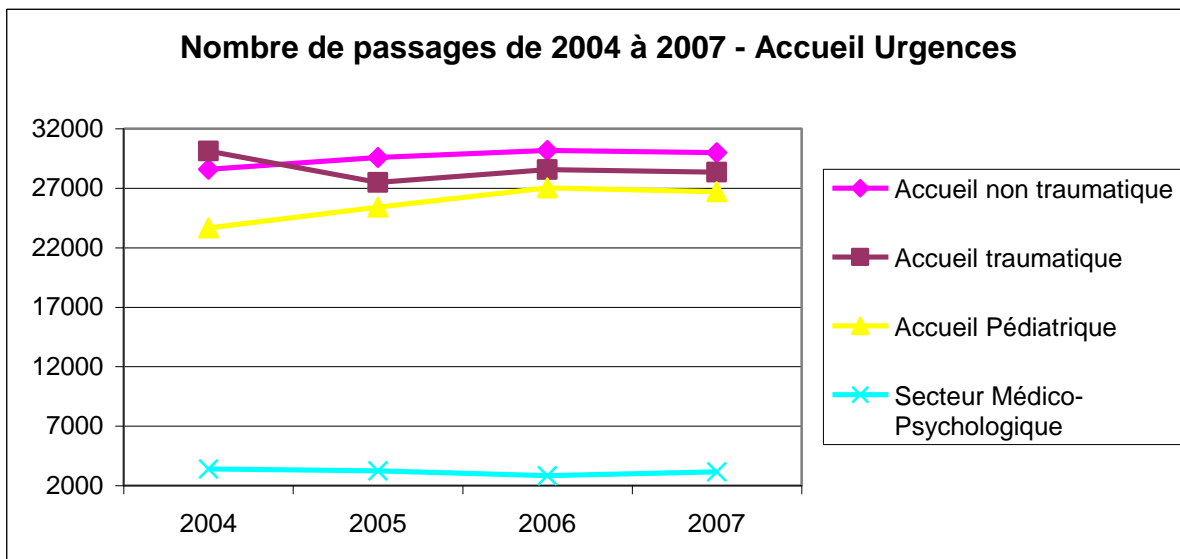
0,43 réclamations pour 1000 passages.
---------------------------------------

<b>Année</b>	<b>Nombre de passages</b>	<b>Nombre de réclamations</b>	<b>incidence pour 1000 passages</b>
<b>2004</b>	85774	50	0,58
<b>2005</b>	85695	35	0,41
<b>2006</b>	88577	43	0,49
<b>2007</b>	88192	23	0,26

L'incidence diminue de façon très significative (0,33 ‰) alors que le nombre de passage a globalement augmenté.



On note une diminution du nombre de réclamations dirigées contre les secteurs de médecine et de traumatologie, amorcée depuis 2006. On constate en parallèle une augmentation du nombre de passages depuis 2004.



✦ Au niveau des Unités d'hospitalisation (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée et Médecine Polyvalente Urgences)

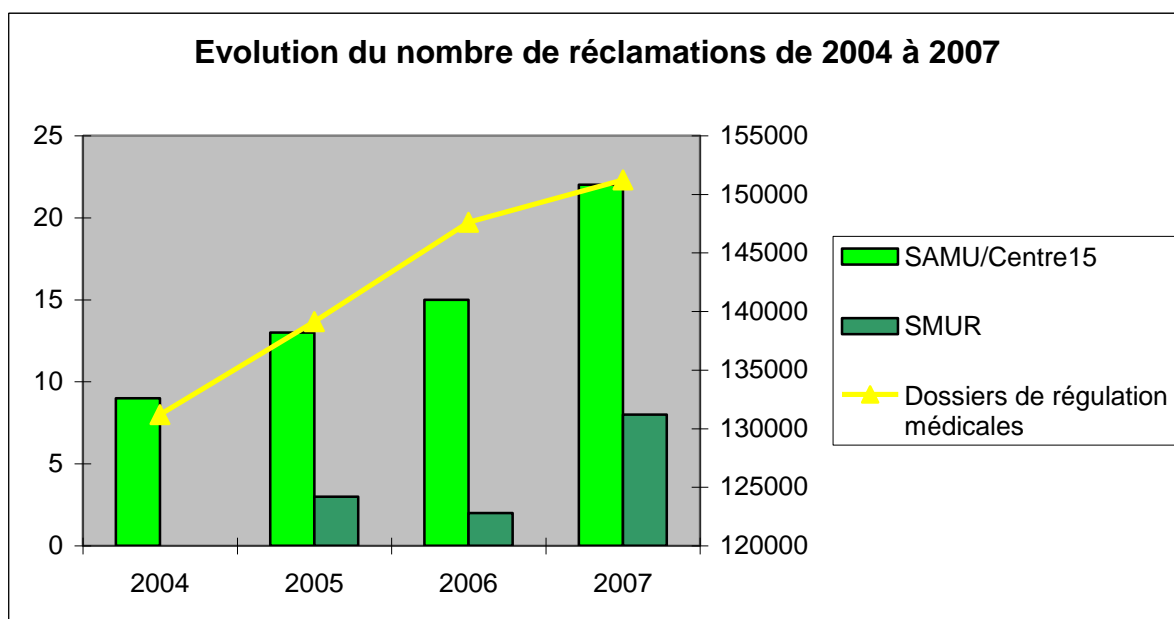
Sur la période étudiée, on dénombre :

- 10 réclamations concernant l'unité de MPU sur 11 166 hospitalisations.
- 5 réclamations pour l'UHCD sur 19 831 hospitalisations.

✦ Au niveau du SAMU/Centre 15 et du SMUR

L'incidence des lettres de réclamations sur les quatre années est, pour ce secteur, de

0,13 réclamations pour 1000 dossiers de régulation médicale.



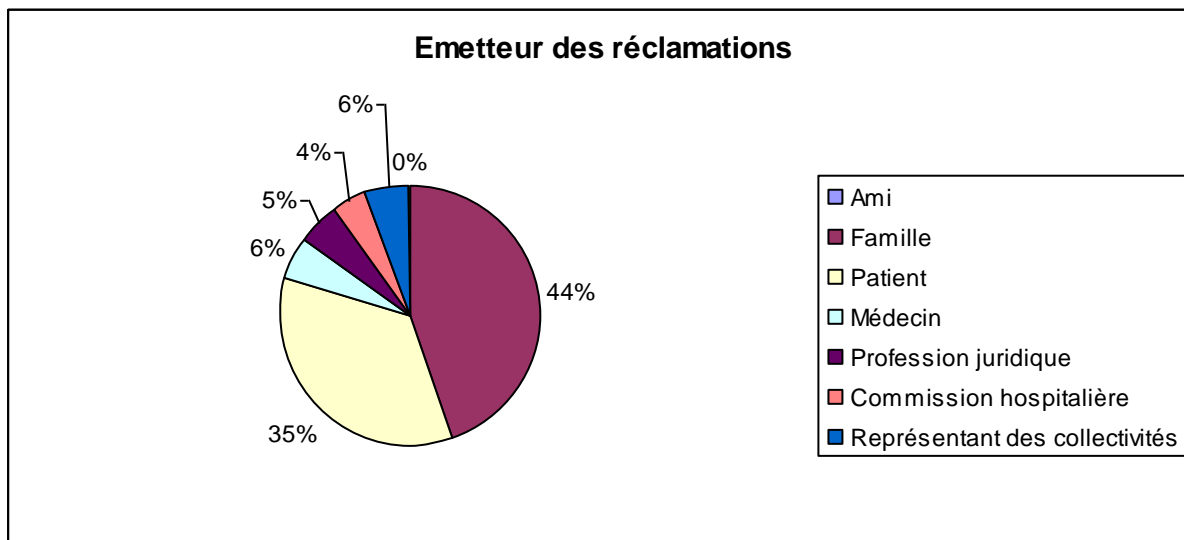
Ce tableau met en évidence une corrélation entre l'augmentation du nombre de dossiers de régulations et l'augmentation du nombre de réclamations.

Année	Dossiers de régulation médicale	Nombre de réclamations	incidence pour 1000 dossiers
2004	131194	9	0,06
2005	139119	16	0,12
2006	147606	17	0,12
2007	151219	30	0,2



## II- Le courrier de réclamation

### 1) Emetteurs des réclamations



- **45%** des réclamations sont émises par le patient, 35% par sa famille.

- 12 réclamations ont été émises par des médecins, il s'agit de :

Médecin traitant (5)

Médecin du service d'accueil du patient (3)

Médecin de garde (2)

Expert du CRCI (1)

Spécialiste libéral (1)

12 réclamations émanent de professions juridiques et apparentées :

Avocat (2)

Compagnie d'assurance (3)

Gendarmerie (2)

Tribunal administratif ou de grande instance (5)

11 réclamations émanent de commissions hospitalières :

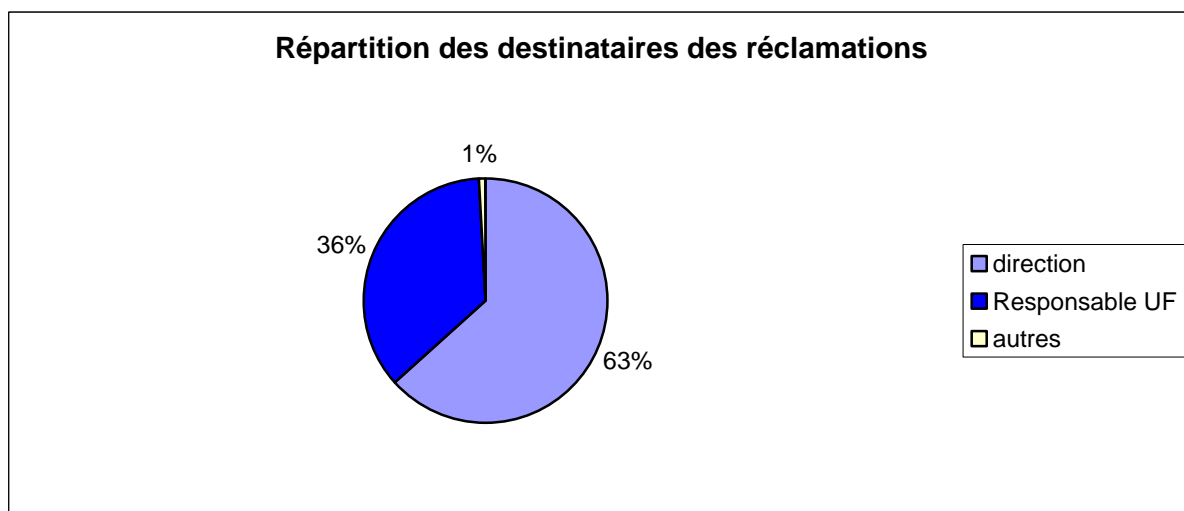
CRCI (3)

Direction CHU (8) sur demande du CRCI, du tribunal administratif ou du tribunal de grande instance

14 réclamations émises par des représentants de collectivités :

- Maire (3)
- Hôpitaux (2)
- Personnel de maison de retraite (2)
- Société d'ambulance (1)
- Riverain d'une hélistation (1)
- Educateur (1)
- Président d'une fraternité (1)
- DASS (1)
- Préfet (1)
- Conseiller Général (1)

## 2) Destinataire des réclamations



63% des réclamations sont donc adressées à la direction du CHU.

La catégorie « autre » regroupe 2 lettres adressées au Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS44) puis retransmises au SAMU/Centre 15 pour information.

### 3) Délai d'envoi des réclamations

L'analyse du délai écoulé entre la survenue de l'incident et la réclamation retrouve une distribution non normale avec :

**Une médiane à 28 jours (min : 0 ; max : 3789 jours)**

✦ En fonction de l'identité de l'émetteur :

	<b>Médiane (en jours)</b>	Min	Max
Profession juridique	<b>631</b>	61	1152
Commission hospitalière	<b>598</b>	0	2723
Patient	<b>39</b>	0	3789
Ami	<b>20</b>	20	20
Famille	<b>16</b>	0	2207
Médecin	<b>12</b>	0	1583
Représentant collectivités	<b>8,5</b>	0	147

Ce délai est plus court quand le courrier émane d'un médecin ou de représentants de collectivités.

Comme le confirme le tableau suivant, le recours à une commission ou à la justice allonge sensiblement le délai d'envoi du courrier.

	<b>Médiane</b>	Min	Max
Recours justice	<b>897</b>	34	3289
Absence de recours	<b>23</b>	0	3789
Recours Commissions	<b>570</b>	0	1583
Absence de recours	<b>25</b>	0	3789

✦ Délai d'envoi de la réclamation en fonction du destinataire

	Mediane	Min	Max
Direction	36,5	0	3789
Responsable uf	19	0	2723

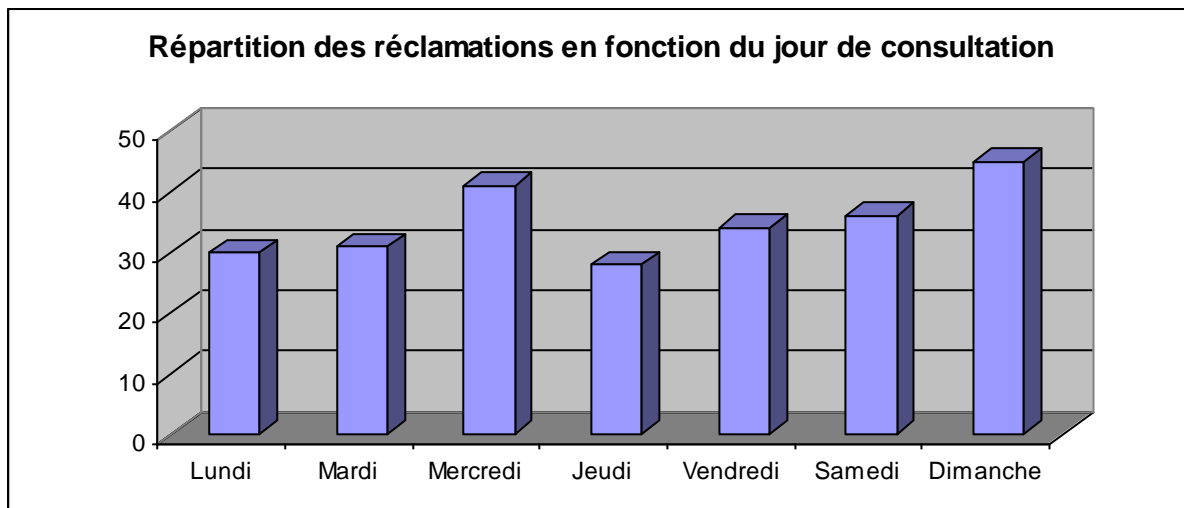
Le délai d'envoi est donc 2 fois plus long lorsque le destinataire initial est la direction.

✦ Délai d'envoi en fonction du secteur incriminé

	Médiane (en jours)	Min	Max
SMUR	106	2	865
Accueil Pédiatrique	71	12	1595
Accueil traumatique	39	0	3789
UHCD	33	12	69
MPU	20,5	4	1372
Accueil non traumatique	17	0	3624
SAMU/Centre 15	15	0	2723
Accueil psychiatrique	3,5	1	6

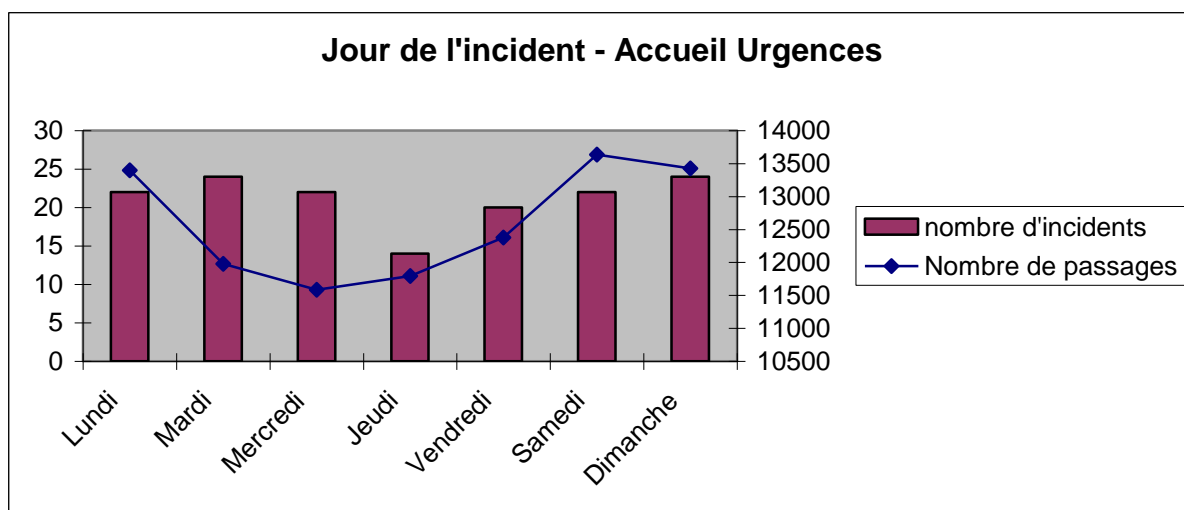
### III- L'incident initial

#### 1) Répartition des réclamations en fonction du jour de survenue de l'incident

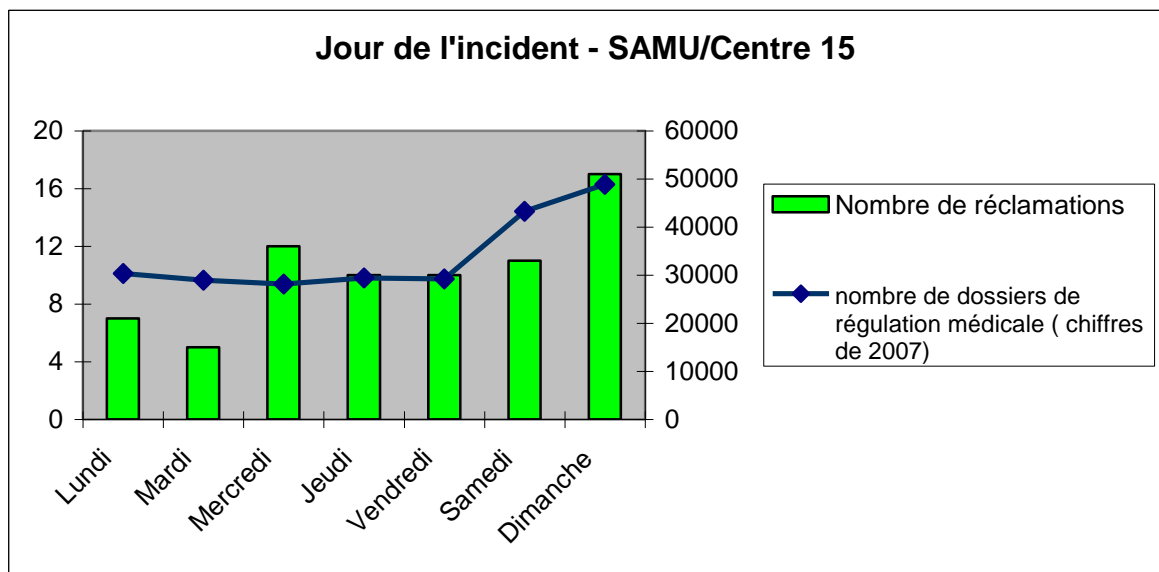


- Le Week end (vendredi samedi dimanche) représente 47% du total des réclamations avec une recrudescence le dimanche (18% de la totalité des plaintes).
- Le mercredi représente à lui seul 24,5% du total des réclamations concernant la semaine.

#### ✦ Au niveau de l'Urgences Accueil

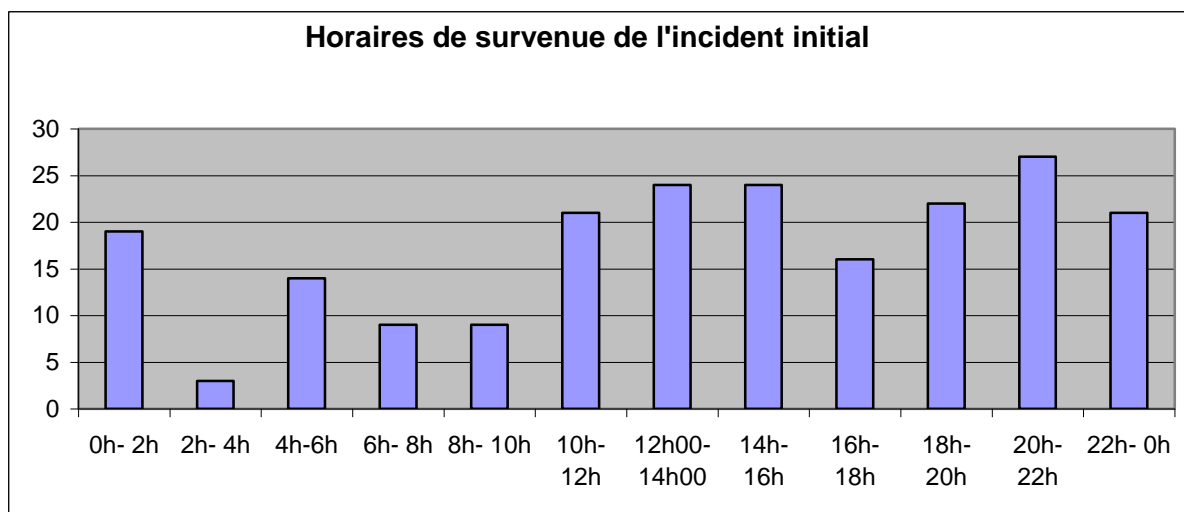


✦ Au niveau du SAMU/centre 15

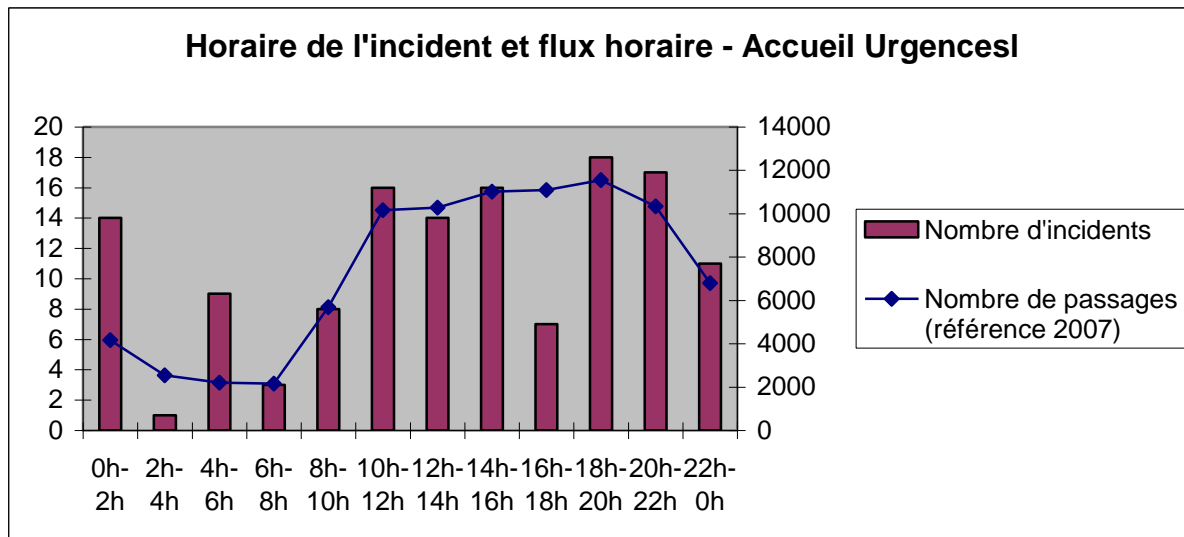


## 2) Répartition des réclamations en fonction du nyctémère

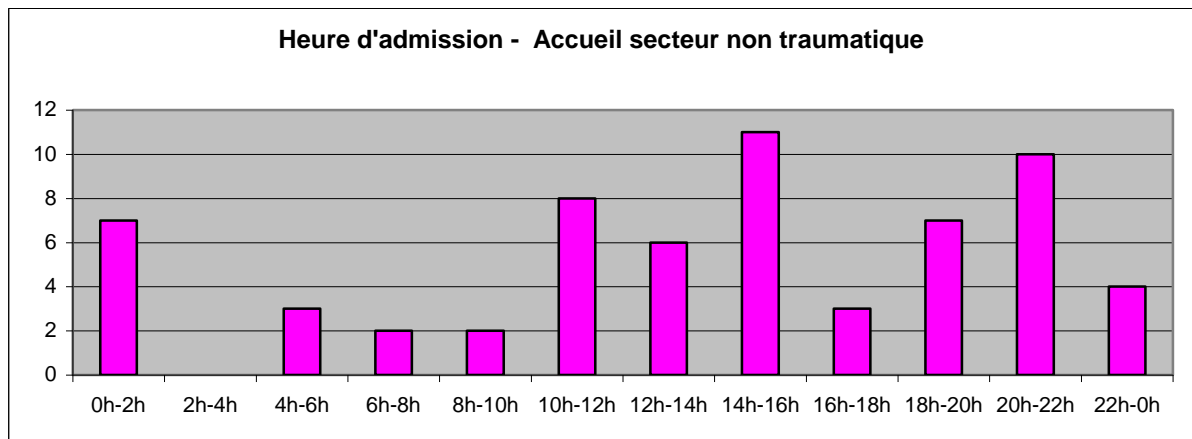
✦ Tous secteurs d'activité confondus



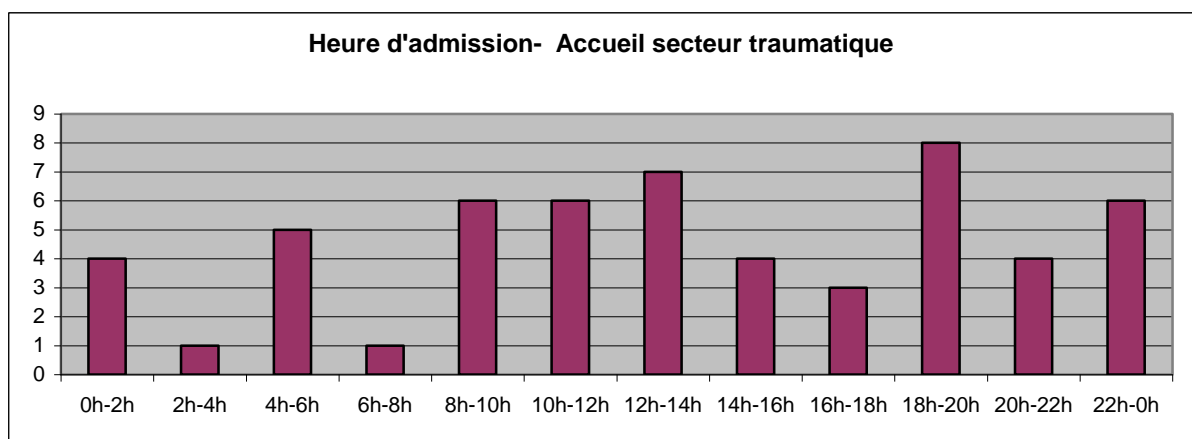
✦ Au niveau du service Accueil Urgences



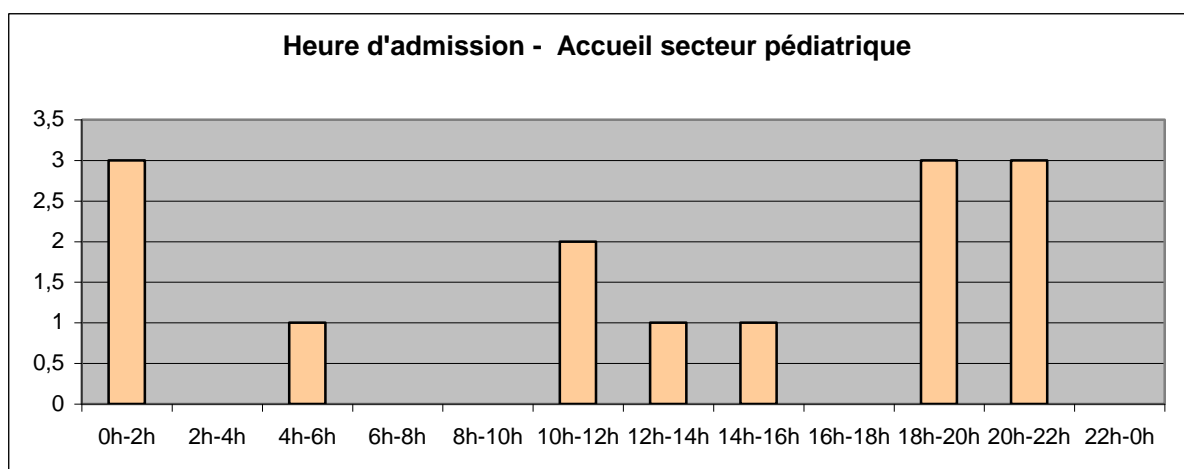
✦ Au niveau de l'Accueil non traumatique



✦ Accueil Traumatique

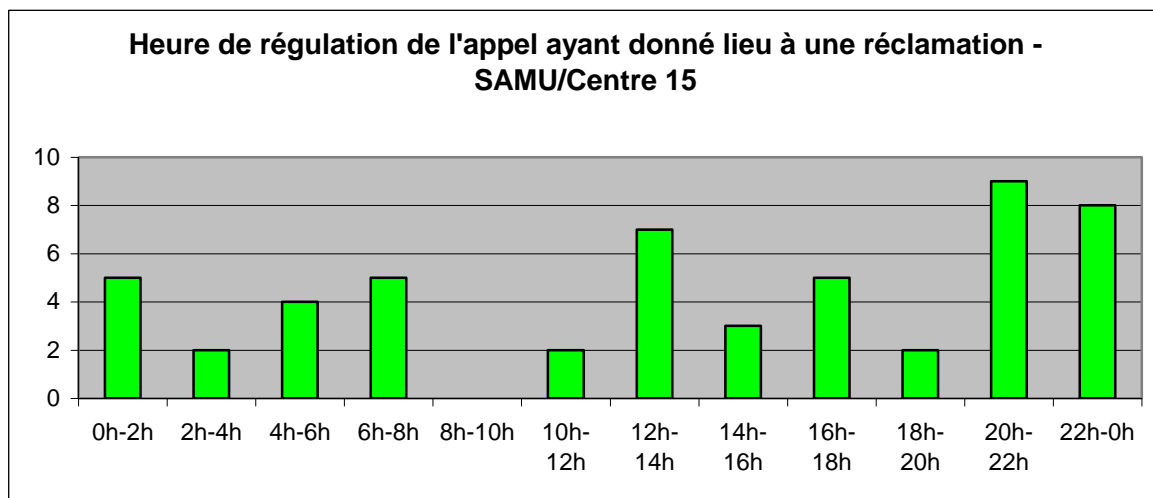


✦ Accueil Pédiatrique

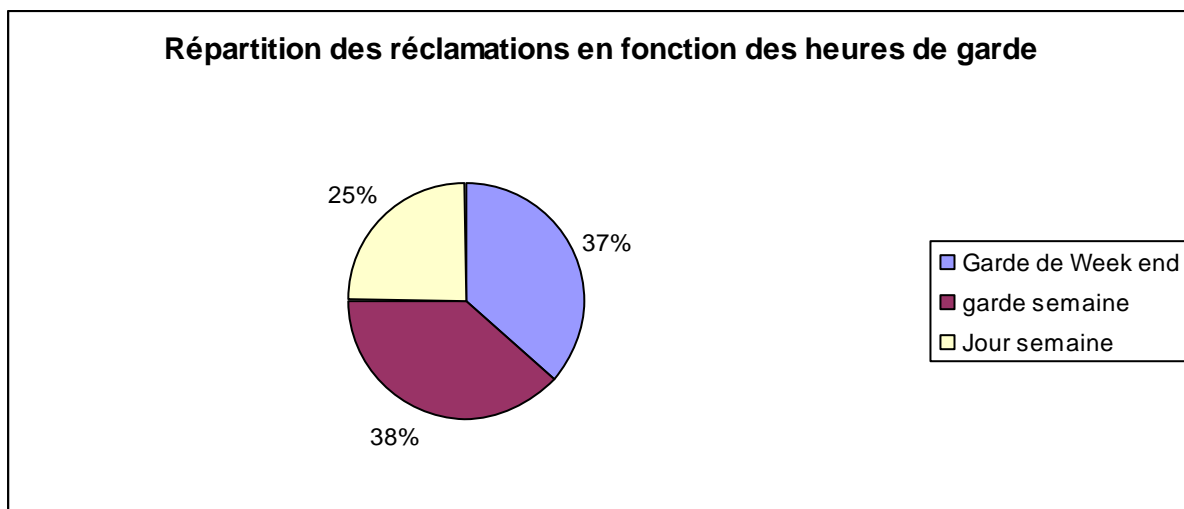




✦ SAMU/Centre 15



**3) Répartition des réclamations en fonction des périodes de garde sur l'ensemble du pôle**



75% des incidents surviennent donc sur une période de garde.

## IV- Motifs des litiges

Les diverses réclamations analysées font apparaître 5 catégories de motifs :

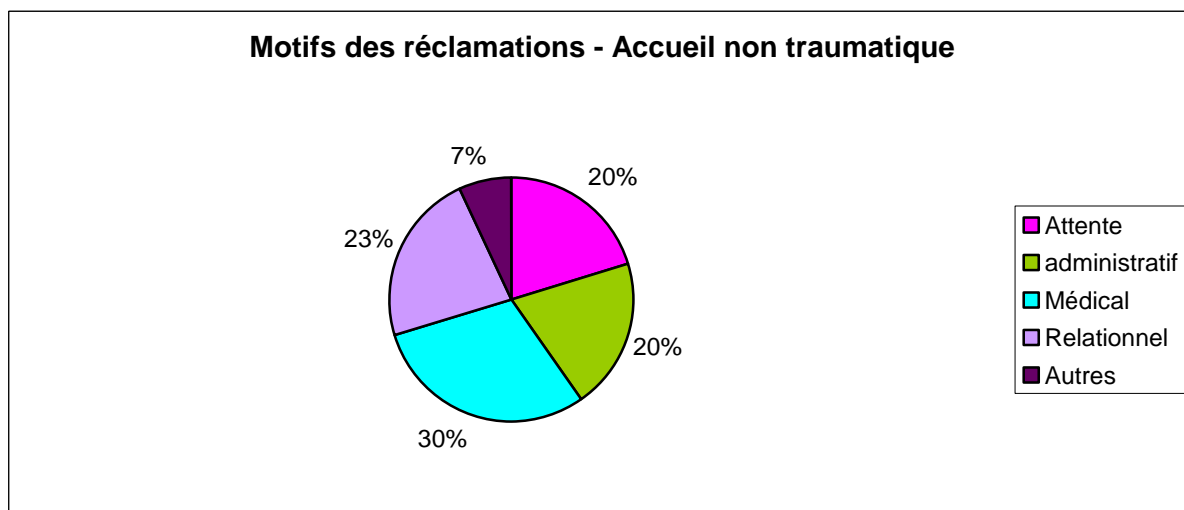
- Le délai d'attente
- Administratif
- Médical, qu'il soit d'ordre thérapeutique, diagnostic ou d'orientation
- Relationnel
- Autres

La plupart des réclamations comportent plusieurs motifs qui, par souci d'objectivité, ont tous été colligés.

Nous avons tout d'abord étudié les motifs de réclamations par secteur de survenue de l'incident.

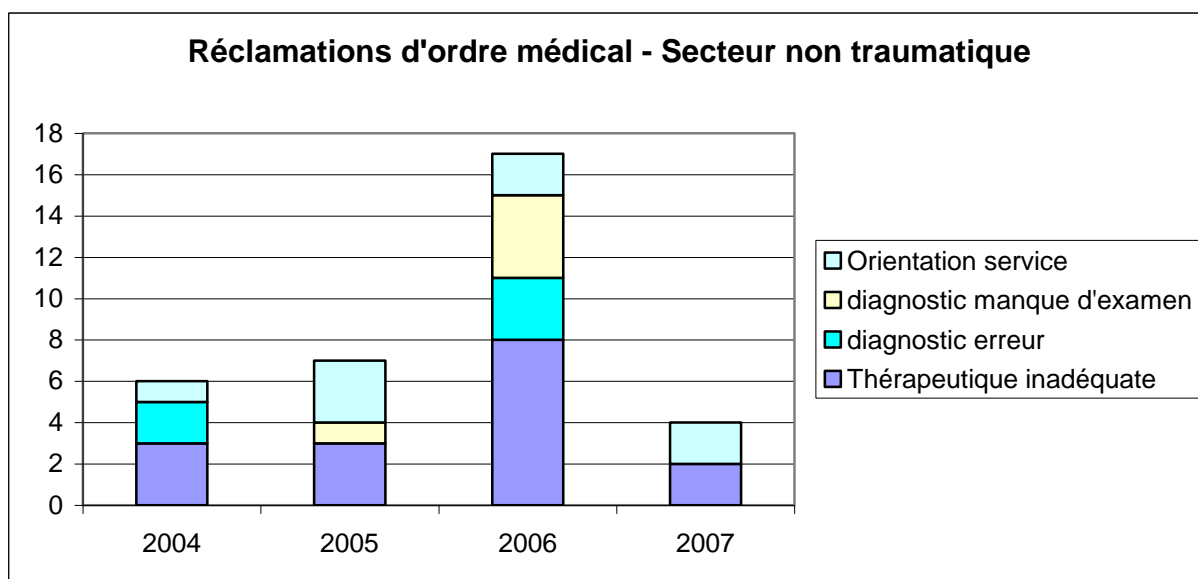
### 1) Accueil non traumatique : 74 réclamations

#### A - Identification des principaux motifs de réclamation



Les motifs principaux de réclamations concernent donc les catégories médicales et relationnelles.

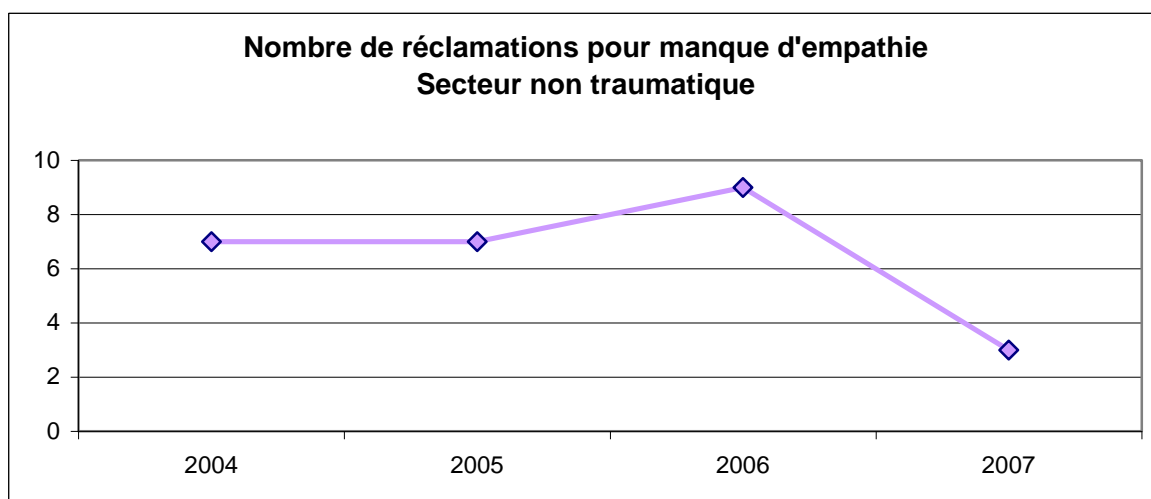
## B – Motif d'ordres médicaux



Ces réclamations portent donc principalement sur la thérapeutique, que les plaignants ont jugée inadéquate ou insuffisante, avec une recrudescence en 2006.

A noter que 2 des réclamations concernant l'orientation sont émises pour une orientation pré-admission, réalisée par l'infirmière d'accueil.

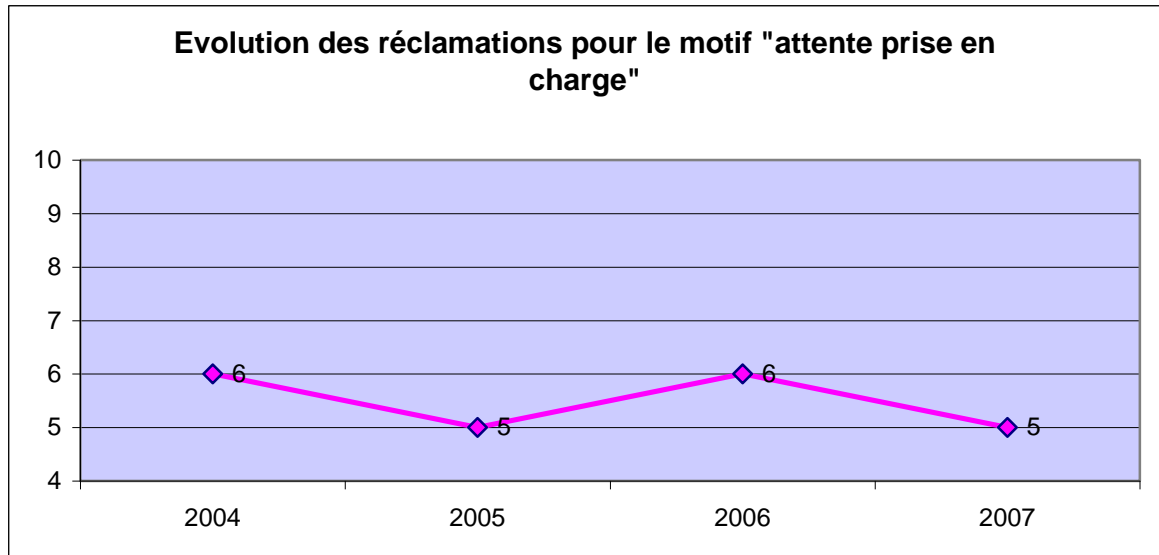
## C - Motif relationnel : manque d'empathie



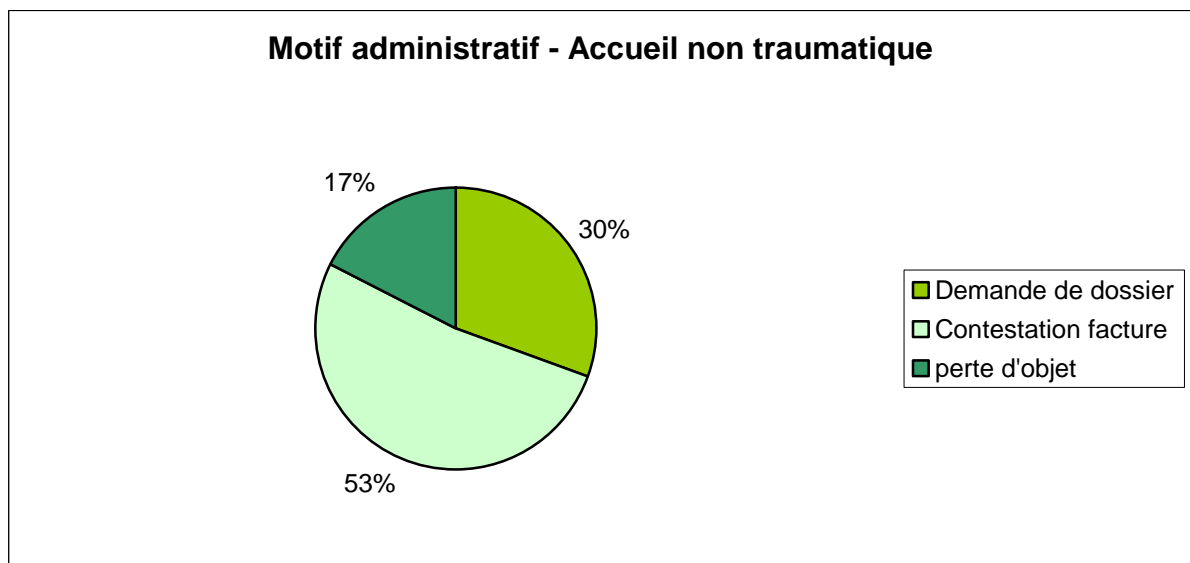
Une diminution du nombre de réclamations pour ce motif semble s'amorcer depuis 2007. Cependant, au vu du faible nombre de réclamations, ces résultats ne peuvent être extrapolés.

### D - Motif « Délai d'attente »

Ce délai concerne essentiellement l'attente avant prise en charge. Une seule réclamation porte sur le délai d'attente avant orientation du patient.



### E - Motif administratif



Les contestations de facturation sont ici nettement majoritaires.

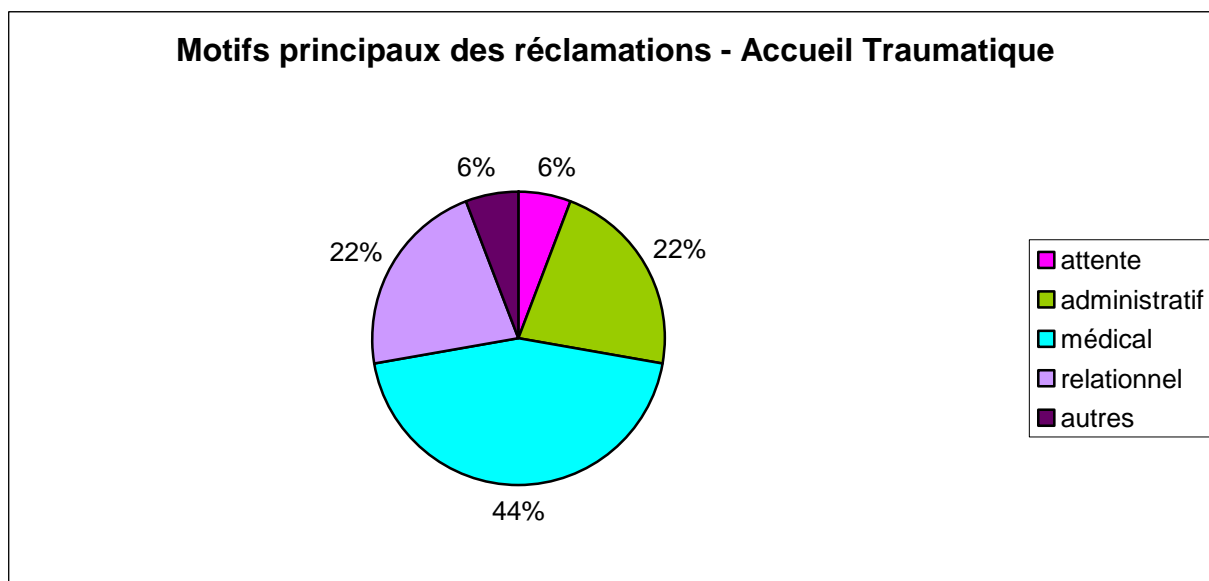
## F - Autres motifs

Certaines réclamations à l'encontre du secteur médecine ne relèvent pas des 4 catégories sus mentionnées :

- Manque de transmission de données médicales : 4 réclamations
- Réclamations pour gestes iatrogènes aux urgences : 3 réclamations
- Une demande sur l'existence d'un protocole.

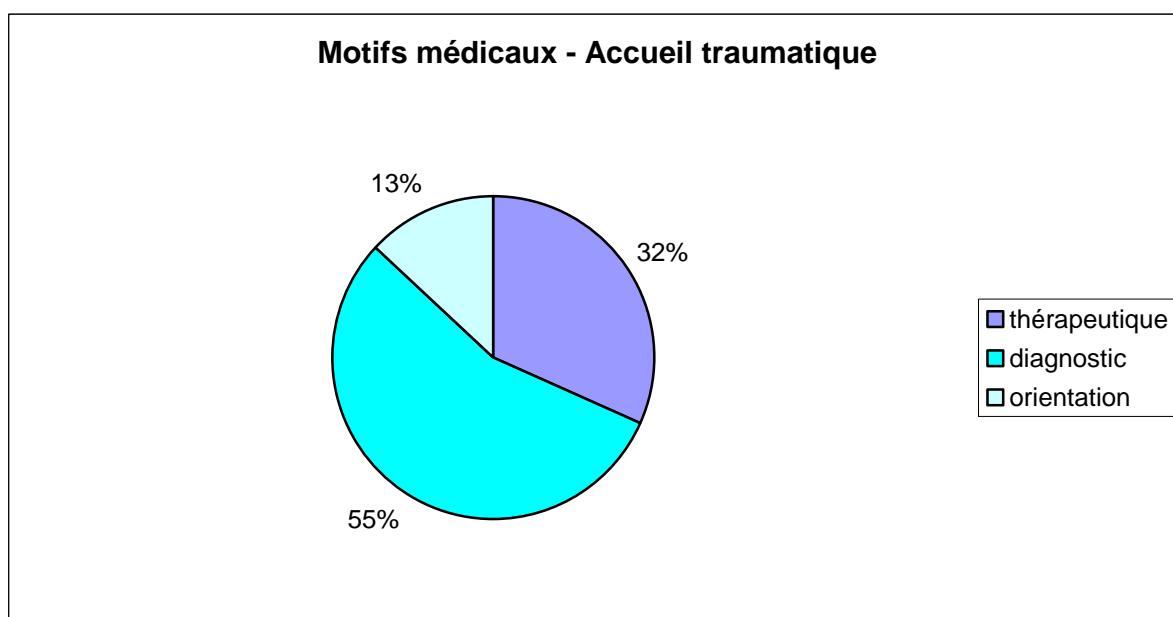
## 2) Accueil Traumatique : 59 réclamations

### A - Identification des principaux motifs de réclamation



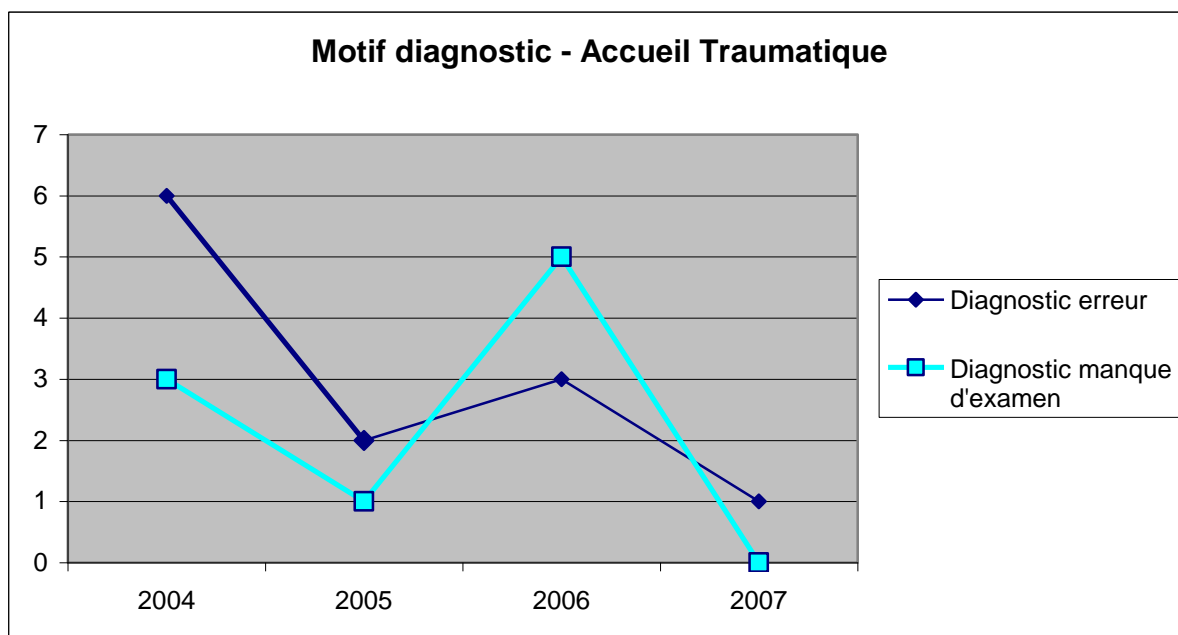
Il se dégage d'emblée une nette prédominance des réclamations d'ordre médical pour le secteur traumatologique, avec 44% des motifs enregistrés.

### B - Motifs d'ordres médicaux

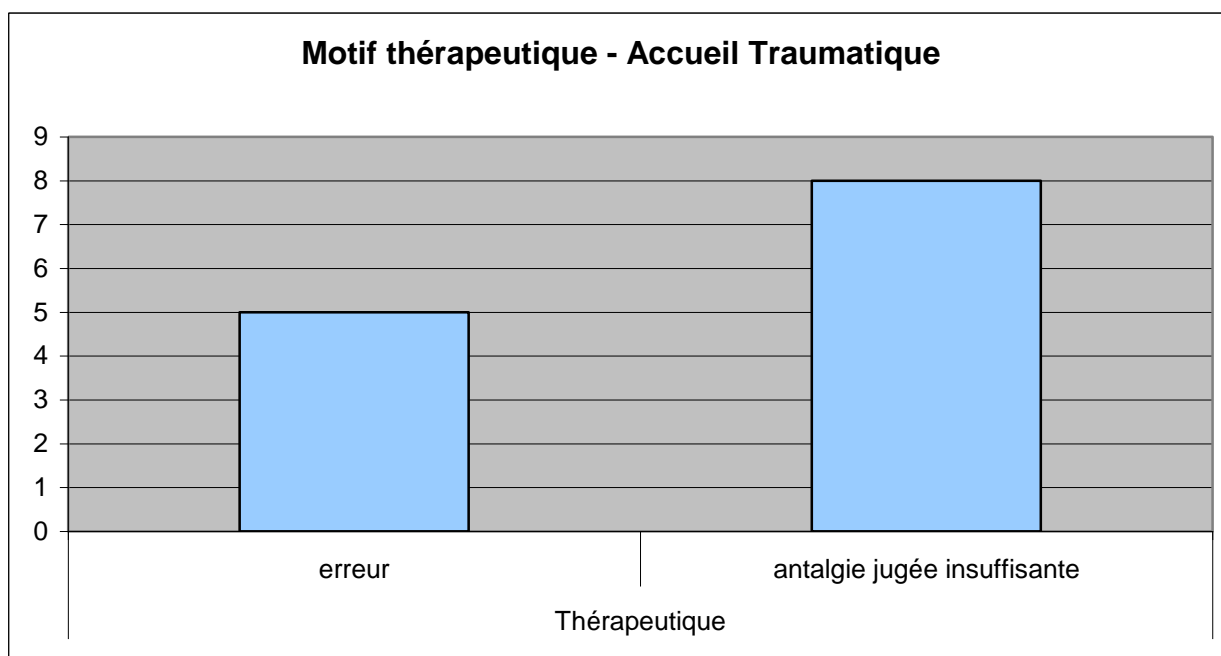


Les réclamations concernant les motifs d'ordre diagnostic sont largement prédominants.

Le graphique suivant montre avec plus de précision les motifs incriminés : erreur ou manque d'examen.

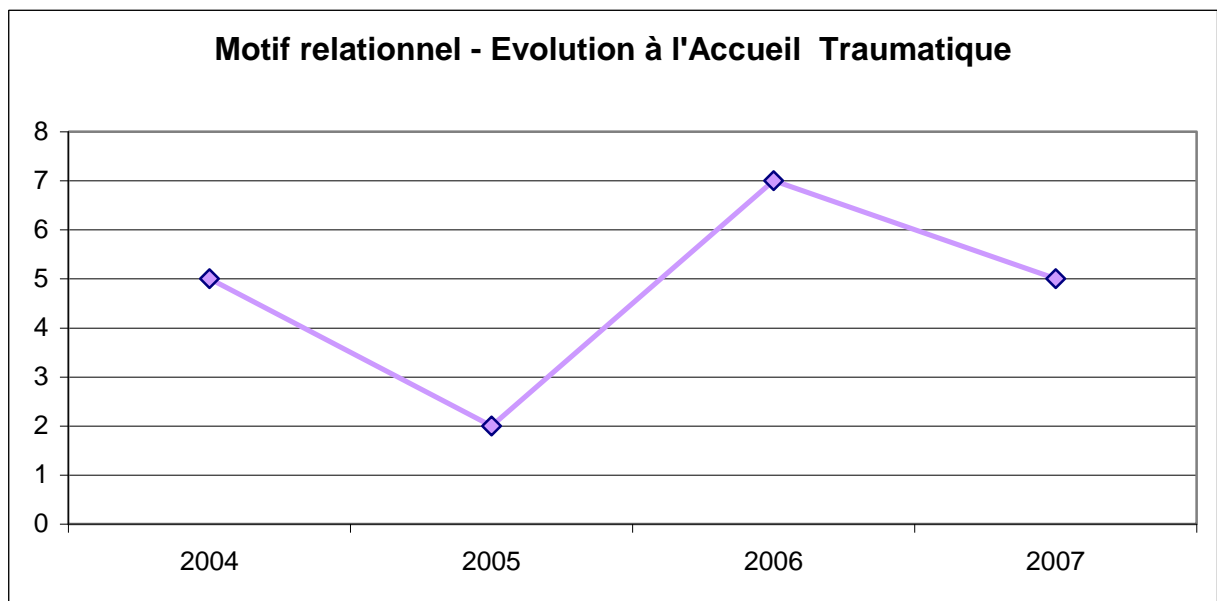


Les réclamations concernant le diagnostic, qu'il s'agisse d'une erreur ou d'un manque d'examen tendent à diminuer.

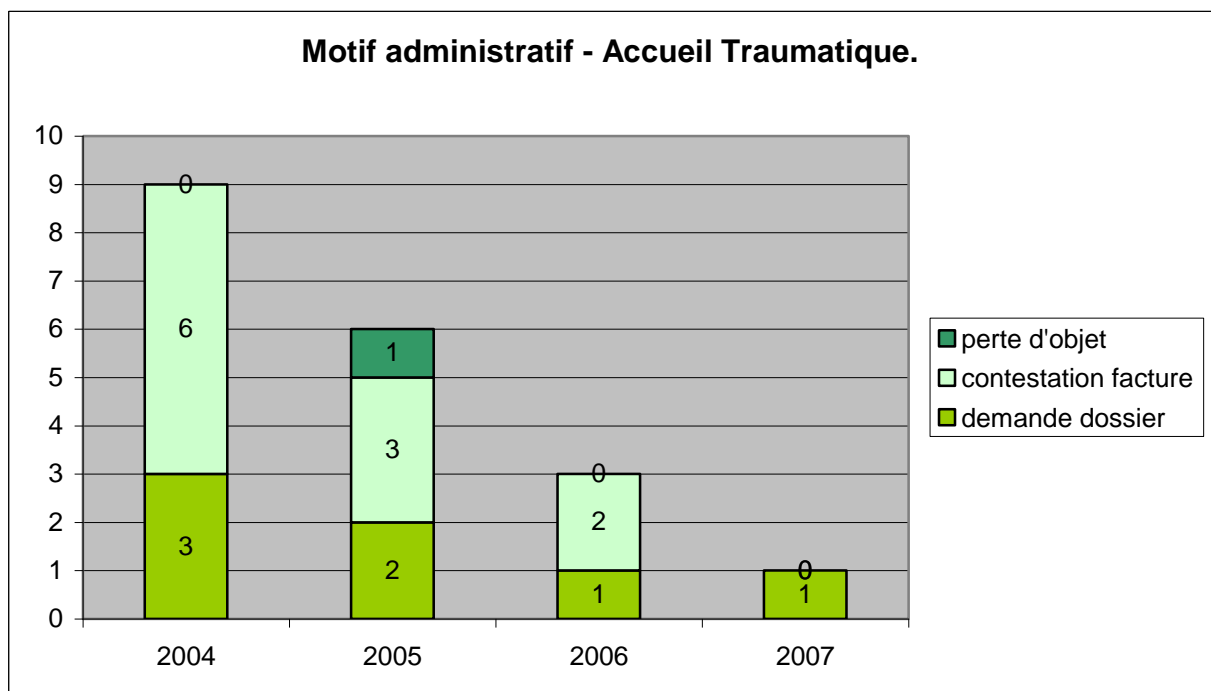


Les réclamations à propos de la thérapeutique concernent plus l'inadéquation que le sentiment d'erreur véritable.

### C- Motif relationnel



### D - Motifs administratifs

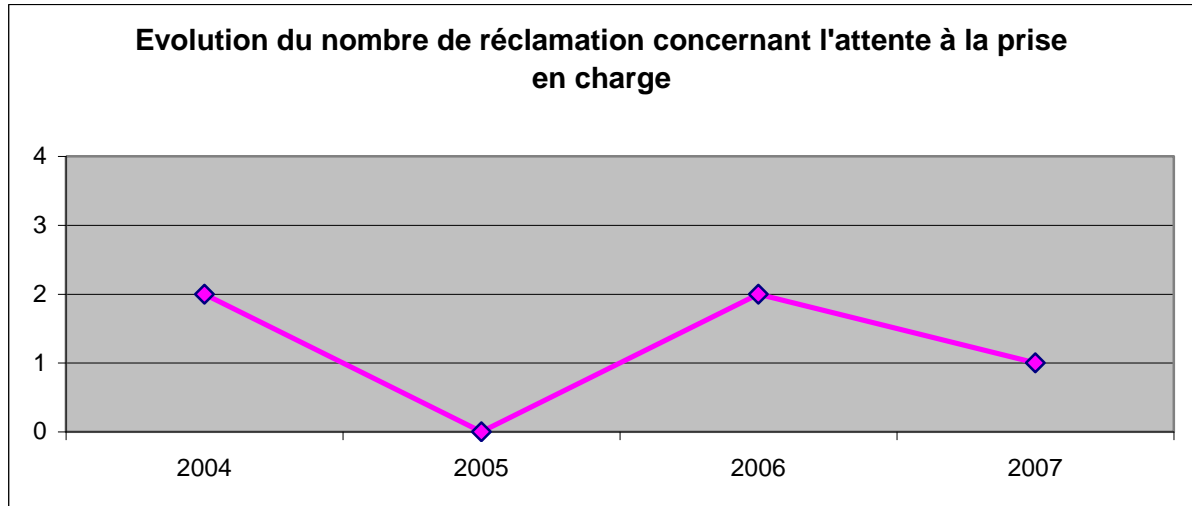


Le motif principal est donc la contestation de facturation. On note une franche décroissance du nombre de réclamations de cet ordre au cours des 4 années étudiées.



### E - Motif délai d'Attente

Les réclamations concernent exclusivement l'attente pour la prise en charge :



La tendance est à la décroissance mais l'effectif très faible ne permet pas de conclure de façon formelle.

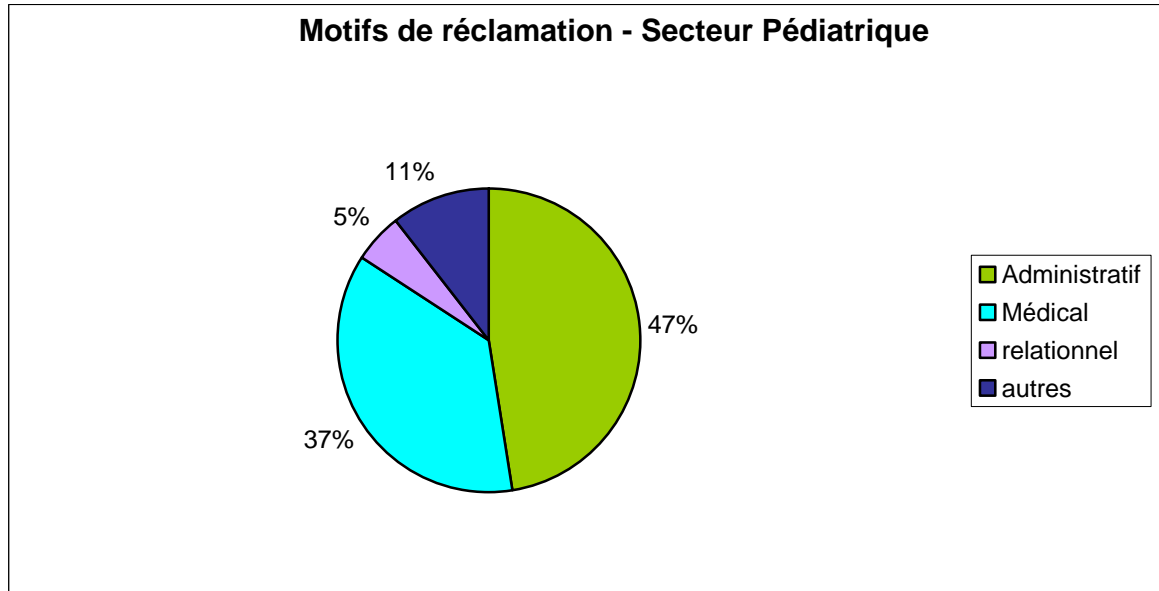
### F - Autres motifs

On retiendra également l'existence de :

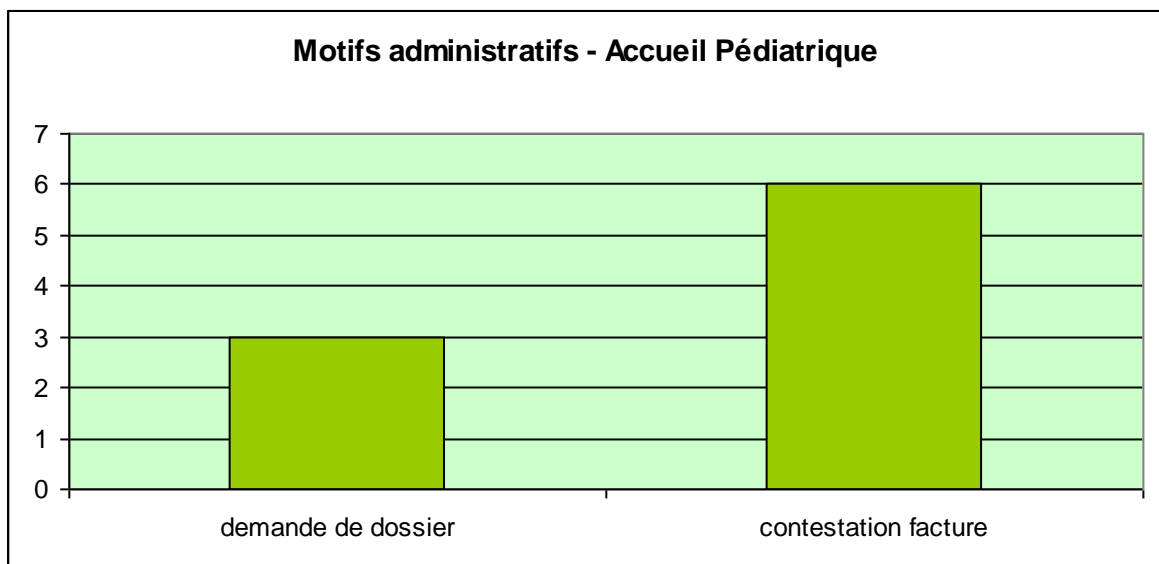
- 3 réclamations pour iatrogénie
- 2 lettres faisant état du non déplacement des internes d'astreinte.

### 3) Accueil pédiatrique : 16 réclamations

#### A - Identification des principaux motifs

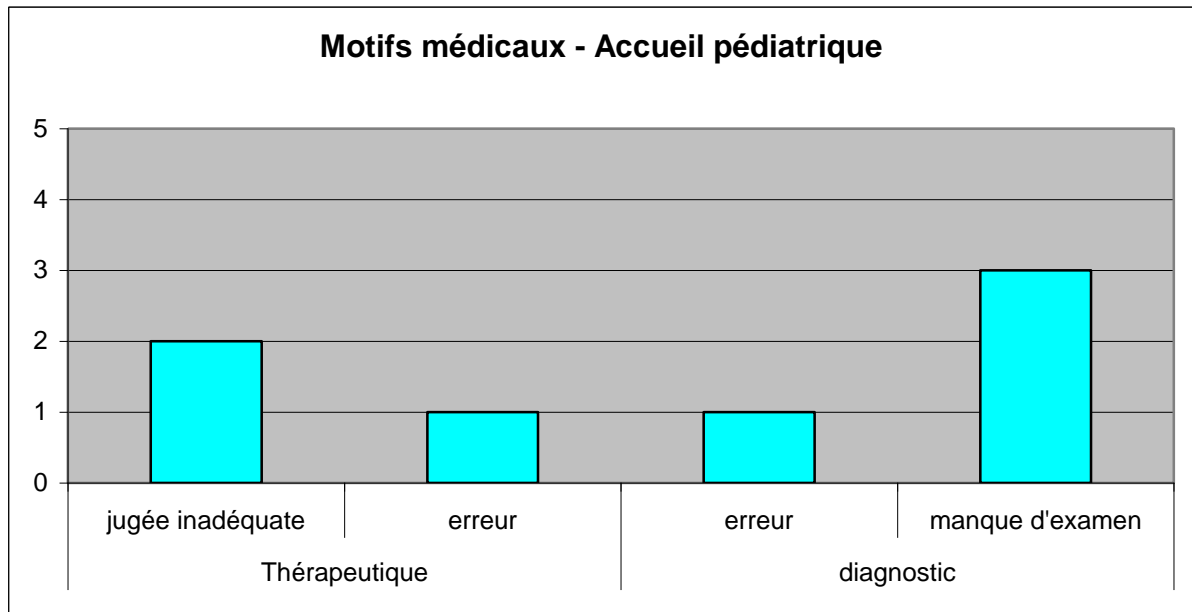


#### B - Motif administratif



Le motif le plus invoqué est donc la contestation de facturation, d'ailleurs souvent en rapport avec un motif diagnostic.

### C - Motifs d'ordres médicaux



### D - Autres motifs

2 réclamations ne correspondent pas aux catégories sus-mentionnées. Il s'agit de :

- 1 réclamation pour iatrogénie
- 1 demande d'information concernant la prophylaxie de la méningite pour des ambulanciers.

#### 4) Secteur médico psychologique : 2 réclamations

On ne dénombre que 2 réclamations ayant pour motif :

- signalement d'un dysfonctionnement lors du transfert d'un patient
- une réclamation pour manque d'empathie

#### 5) Unités d'hospitalisation

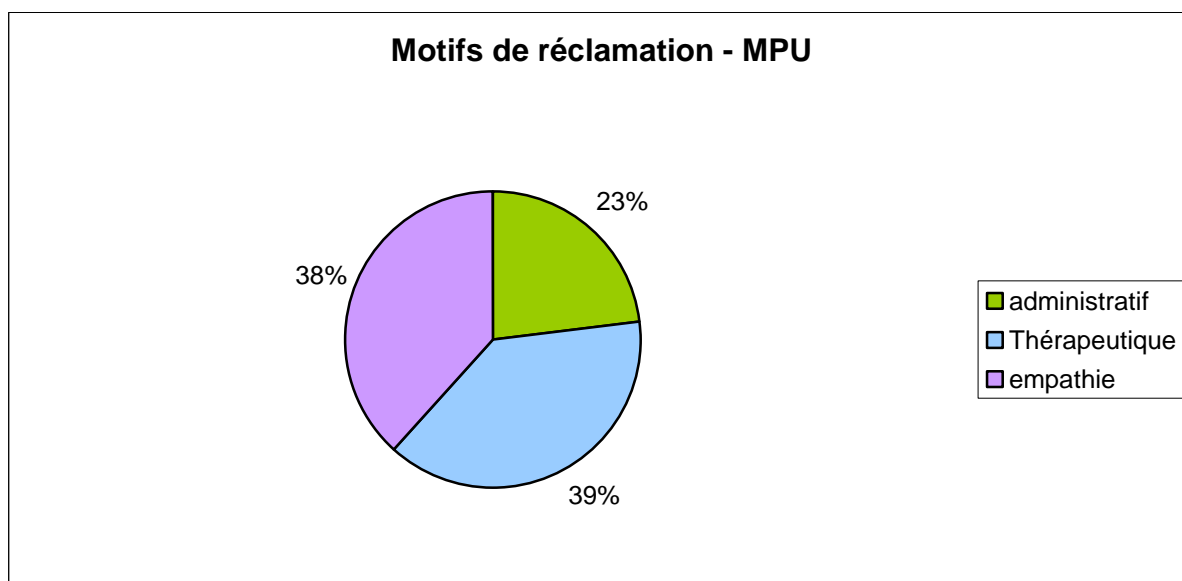
##### A - Unité d'hospitalisation de courte durée : 4 réclamations

Les motifs de recours sont, pour cette unité, essentiellement administratifs

Motif administratif		
Contestation de facturation	Demande de dossier	Perte d'Objet
1	1	1

On note cependant une réclamation concernant un dysfonctionnement dans la communication inter service et une réclamation ayant trait au relationnel

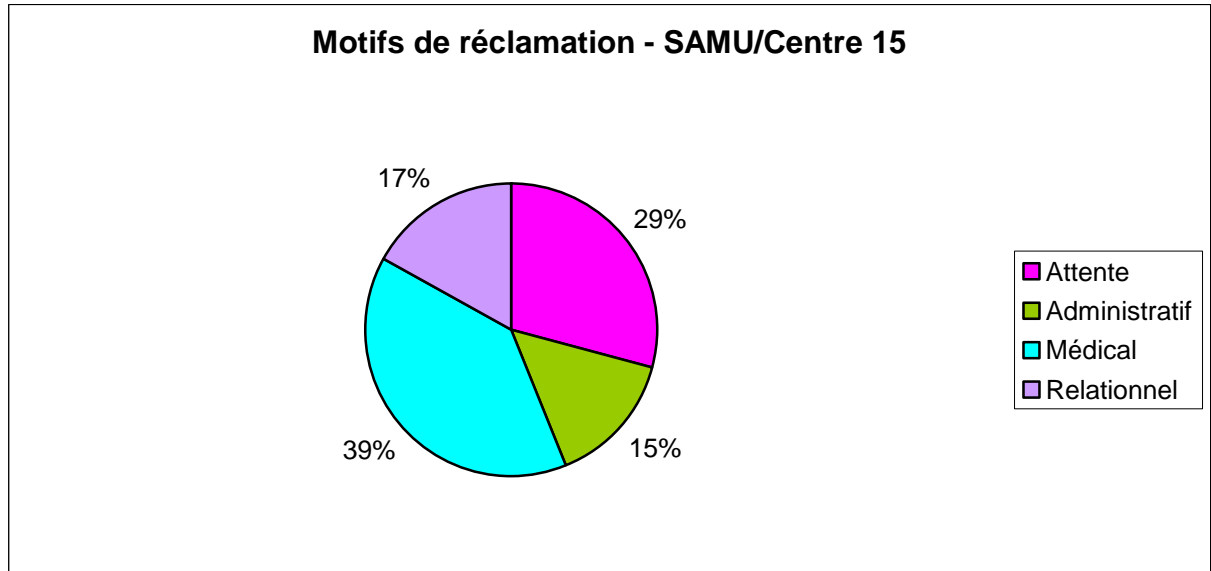
##### B - Médecine polyvalente urgences 10 réclamations



On doit cependant noter un effectif très faible, ne permettant pas une analyse plus poussée.

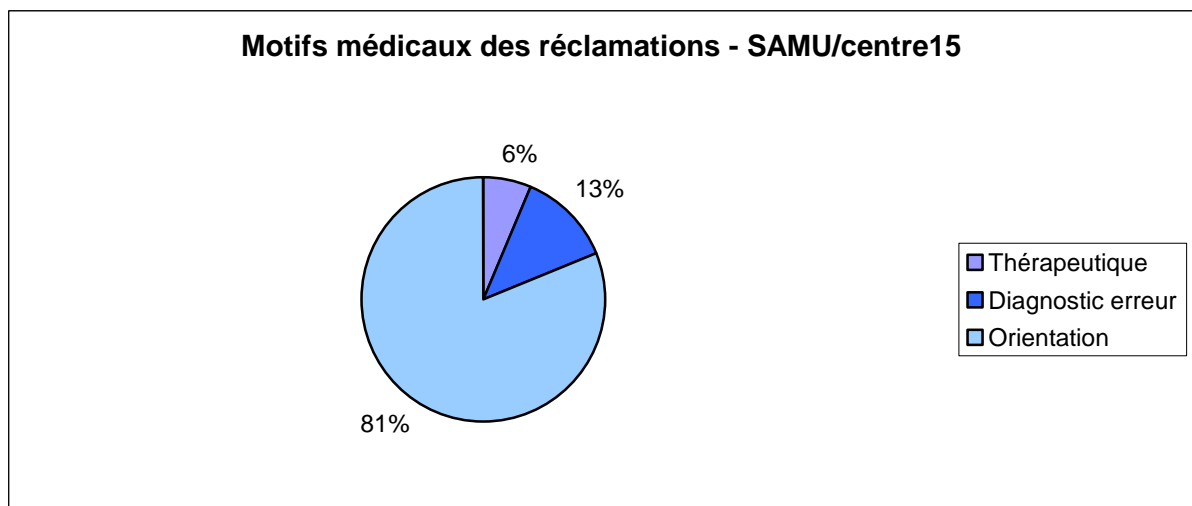
## 6) SAMU/Centre 15 : 59 réclamations

### A - Identification des principaux motifs



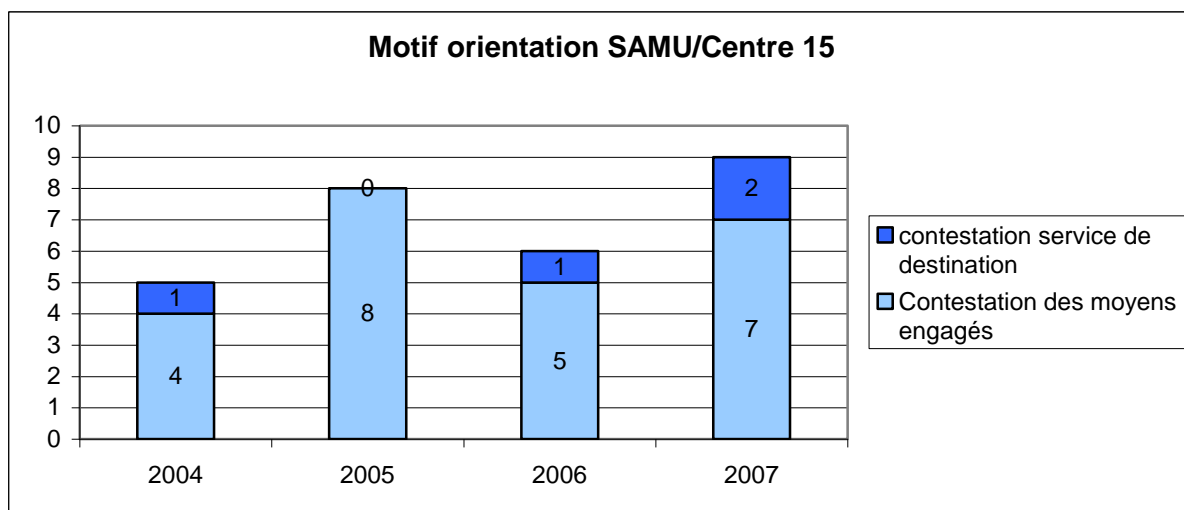
Il apparaît une nette prédominance des motifs médicaux et délai d'attente.

### B - Motifs d'ordres médicaux



Les réclamations concernant l'orientation du patient portent sur :

- la nature des moyens engagés
- le service vers lequel le patient est orienté

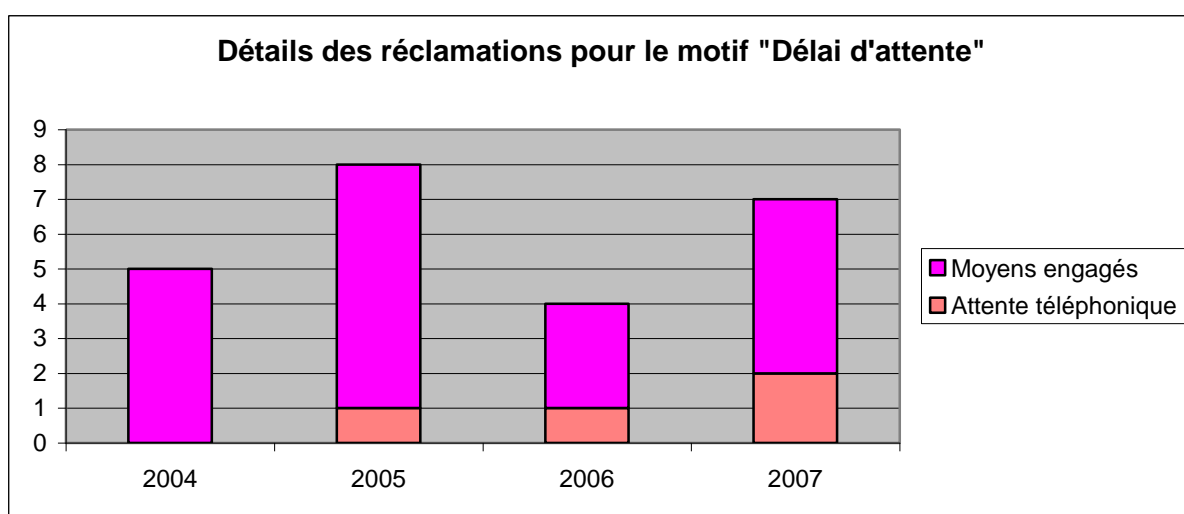


La nature des moyens engagés est donc le plus souvent controversée. Il semble exister une augmentation du nombre de réclamations relatives à ce motif, amorcée en 2005 et stable jusqu'en 2007, mais l'absence de données antérieures ne permet pas de conclure de façon formelle.

#### C - Motif « Délai d'attente »

Cette catégorie regroupe, en ce qui concerne le SAMU/Centre 15 :

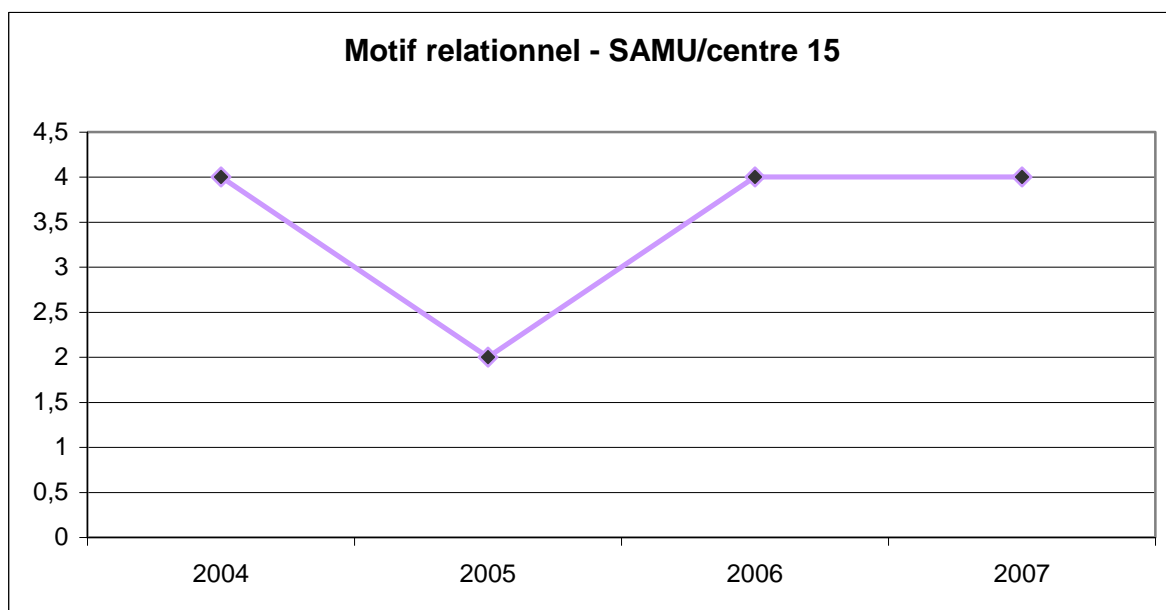
- Attente téléphonique
- Attente des moyens engagés (pompiers, ambulance, médecins de garde) à l'exception bien sûr du SMUR.



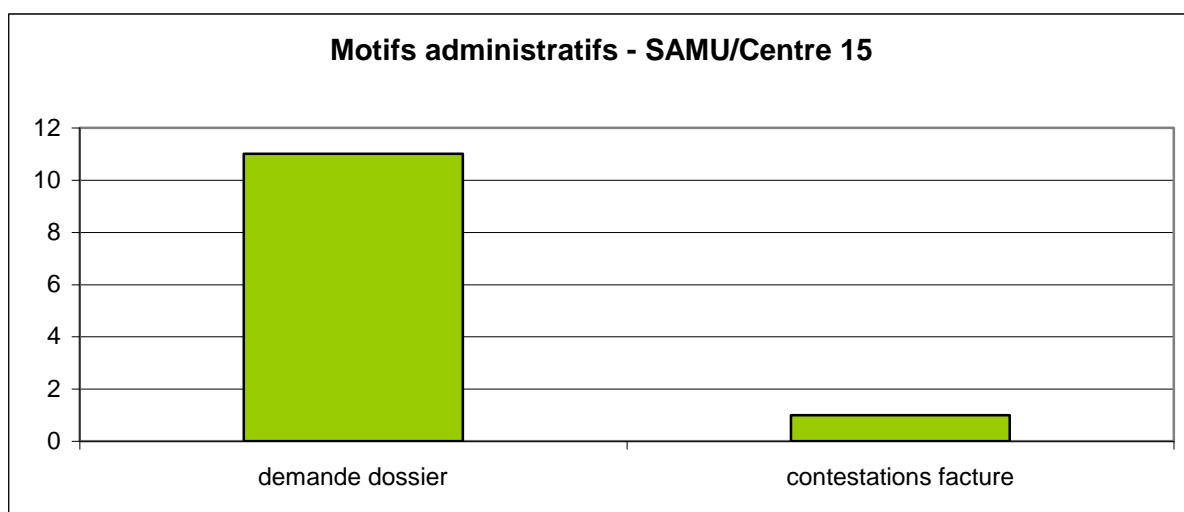
Le motif le plus fréquemment invoqué est donc l'attente des moyens engagés avec une évolution stable au cours des quatre années étudiées. Cependant, les données sont peu nombreuses.

#### D - Motif « relationnel »

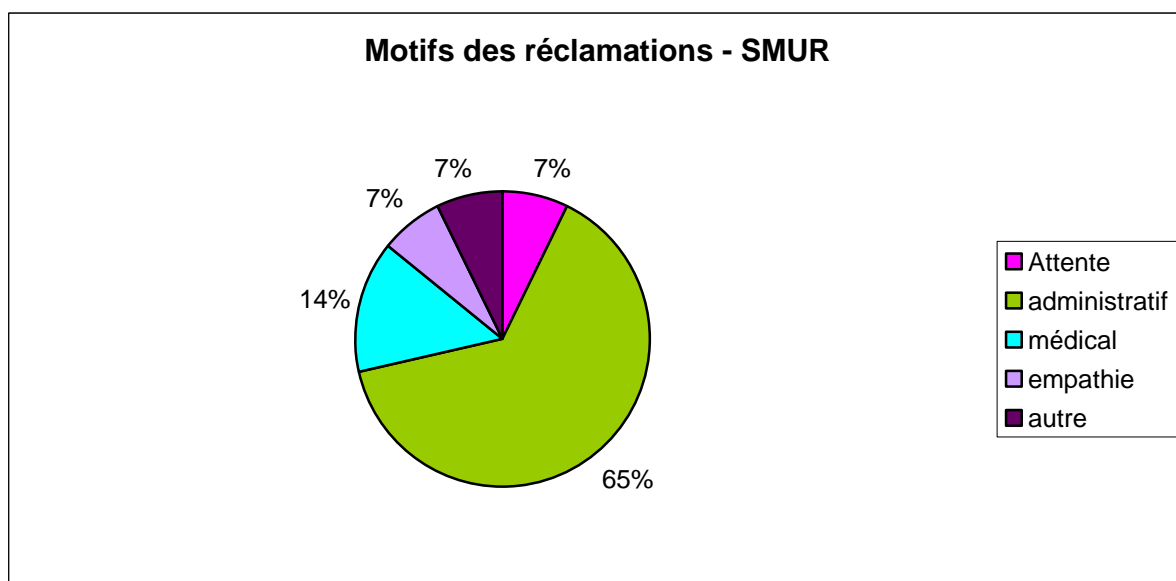
Cette catégorie est définie par les réclamations pour manque d'empathie du médecin régulateur, qu'il soit médecin généraliste ou médecin urgentiste.



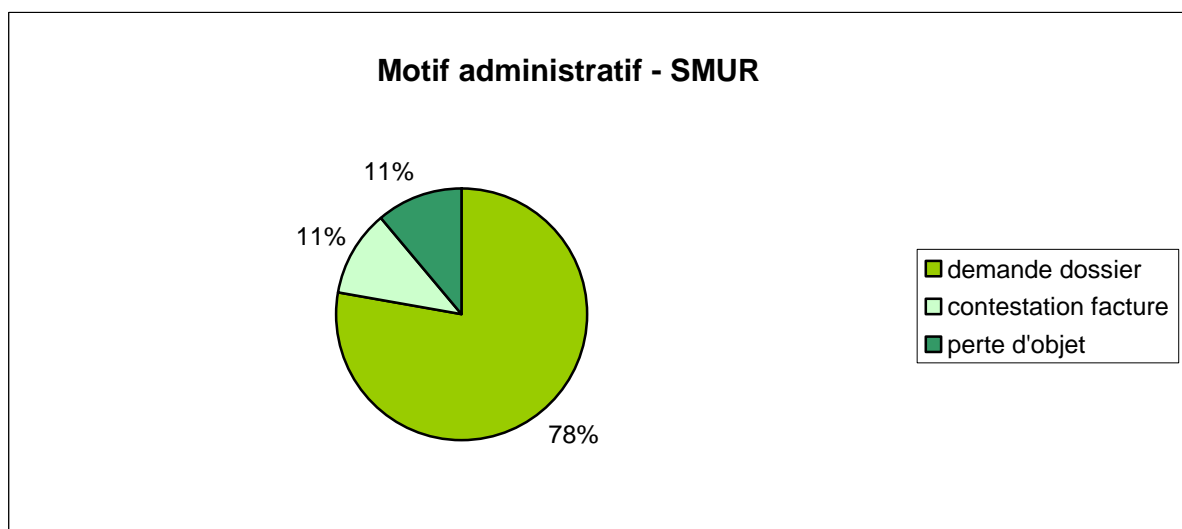
#### E - Motif « Administratif »



## 7) SMUR : 13 réclamations



Les réclamations émises à l'encontre du SMUR sont donc principalement d'ordre administrative : demande de dossier, contestation de facturation ou perte d'objet.



Les **demandes de dossiers** sont donc le motif de réclamation le plus fréquent au niveau du SMUR. A noter que seulement 2 de ces demandes entrent dans le cadre d'une procédure judiciaire puisque sur réquisition de gendarmerie (cf paragraphe correspondant). Les autres demandes émanent de patients ou de famille de patient.

Les données relatives aux autres motifs ne sont pas exploitables plus avant, étant donné leur très faible effectif. En effet, on dénombre :



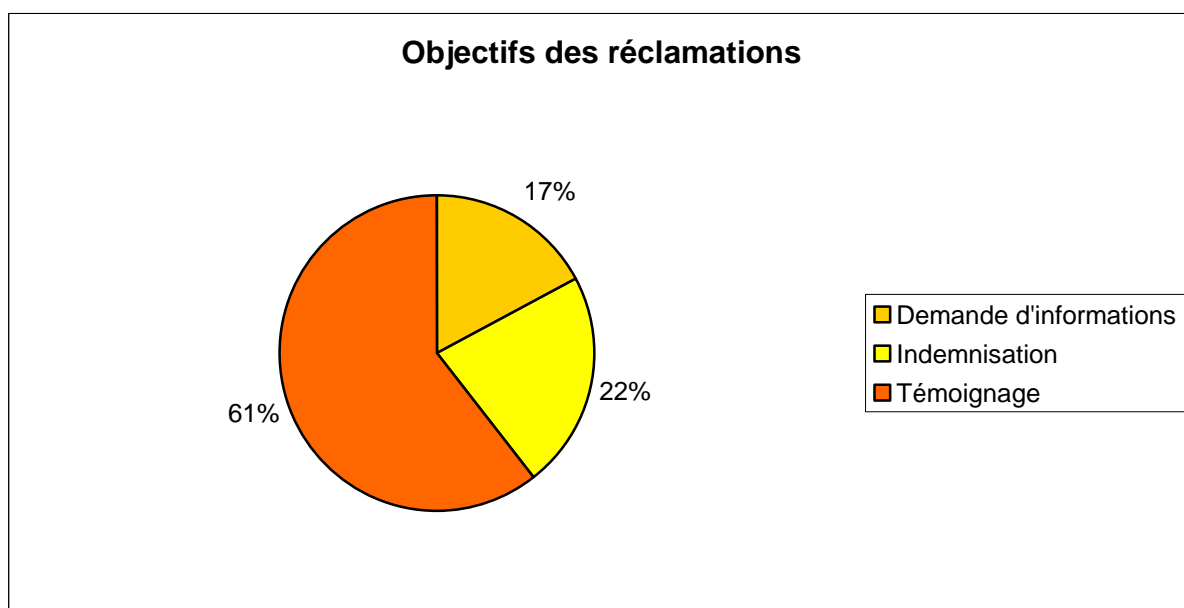
- 1 réclamation contestant la nature des moyens engagés
- 1 réclamation pour erreur de diagnostic supposé
- 1 réclamation pour contestation d'orientation vers un service
- 1 réclamation pour manque d'empathie du personnel en intervention.

La catégorie « autre » comporte une réclamation contre la nuisance sonore engendrée par un trajet hélicoptéré.

## V- Objectifs du plaignant

L'analyse des réclamations reçues entre 2004 et 2007 permet de dégager 3 types d'objectifs :

- Un témoignage en vue d'une non réitération.
- Une demande d'indemnisation
- Une demande d'information : explications concernant la prise en charge, les horaires, une demande de dossier



L'objectif principal est très nettement la volonté de témoignage.

## VI- Recours à une instance judiciaire ou à une commission

19 réclamations sur 247 ont abouti à un recours en justice ou à une commission, soit seulement 7,7 %.

Notons également 2 réquisitions à personne émanant de la gendarmerie à l'encontre du SAMU/Centre 15 pour demande d'informations.

### 1) Recours en justice

#### ✦ Tribunal administratif

On dénombre au total 8 recours au tribunal administratif sur la période de 2004 à 2007, l'évolution étant stable sur ces 4 années

	2004	2005	2006	2007
Recours justice	1	5	1	1
nombre de réclamations	66	55	66	59
<b>pourcentage</b>	<b>1,5%</b>	<b>9%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,7%</b>

Intéressons nous à la répartition en fonction des secteurs

<b>Secteur incriminé</b>	<b>Nombre de recours en justice de 2004 à 2007</b>
Médecine	3
MPU	2
Traumatologie	1
Pédiatrie	1
SAMU	1

✦ Tribunal de grande instance.

On retrouve 3 recours au pénal au cours des 4 années :

- un recours en 2004 : le recours n'était initialement pas dirigé contre l'hôpital mais contre les agresseurs. L'expertise médico légale a prouvé l'existence d'une faute détachable du service d'un chirurgien hospitalier.
- un recours en 2006 contre le CHU de Nantes à la suite d'une erreur médicamenteuse en MPU. L'expertise est en cours.
- Un dernier en 2007 dirigé contre le CHU de Nantes.

2) Recours en commission

Il s'agit de 8 réclamations dont l'émetteur a déposé un recours à la CRCI.

	2004	2005	2006	2007
Recours CRCI	6	1	0	2
Nombre de réclamations	67	55	66	59
<b>pourcentage</b>	<b>9%</b>	<b>1,8%</b>	<b>0%</b>	<b>3,4%</b>

Avec une répartition par secteur comme suit, comparable à celle des recours en justice :

<b>Secteur incriminé</b>	<b>Nombre de recours en commission de 2004 à 2007</b>
Médecine	2
Traumatologie	3
Pédiatrie	1
MPU	1
SAMU	1

## VII Réponse apportée à la réclamation

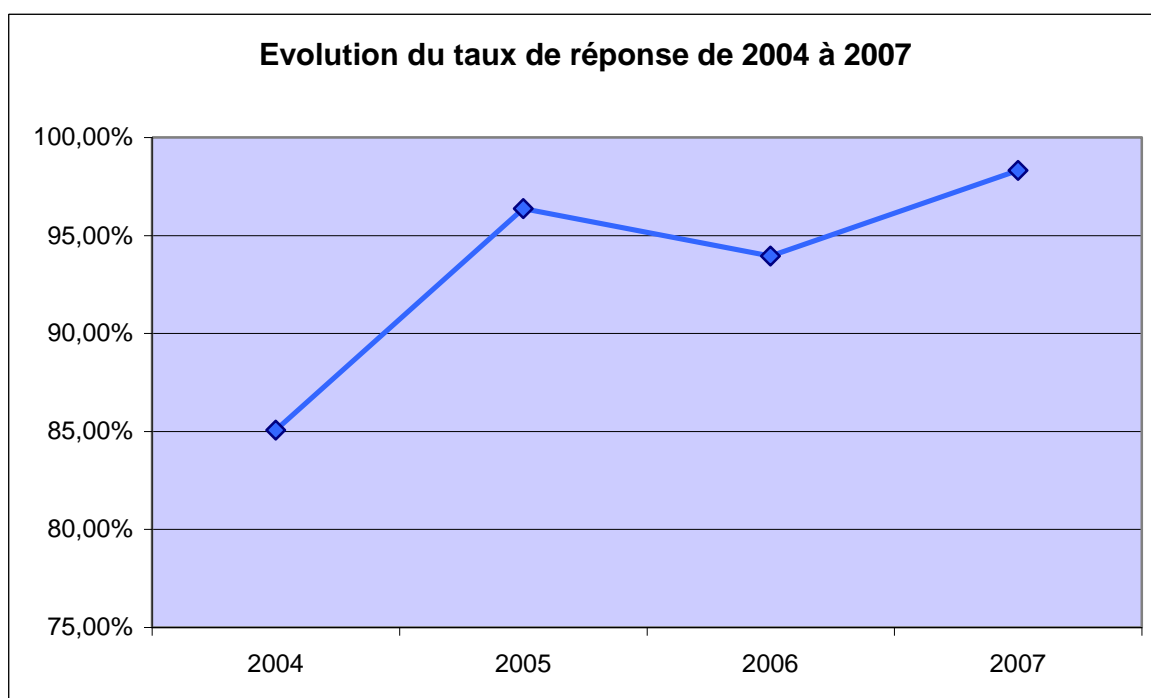
### 1) Données étudiées

248 réclamations ont été répertoriées dans cette étude. 231 ont fait l'objet d'une réponse.

17 réponses n'ont donc pas été retrouvées.

Le taux de réponse peut donc être évalué à 93,5 %.

Ce taux varie cependant en fonction des années

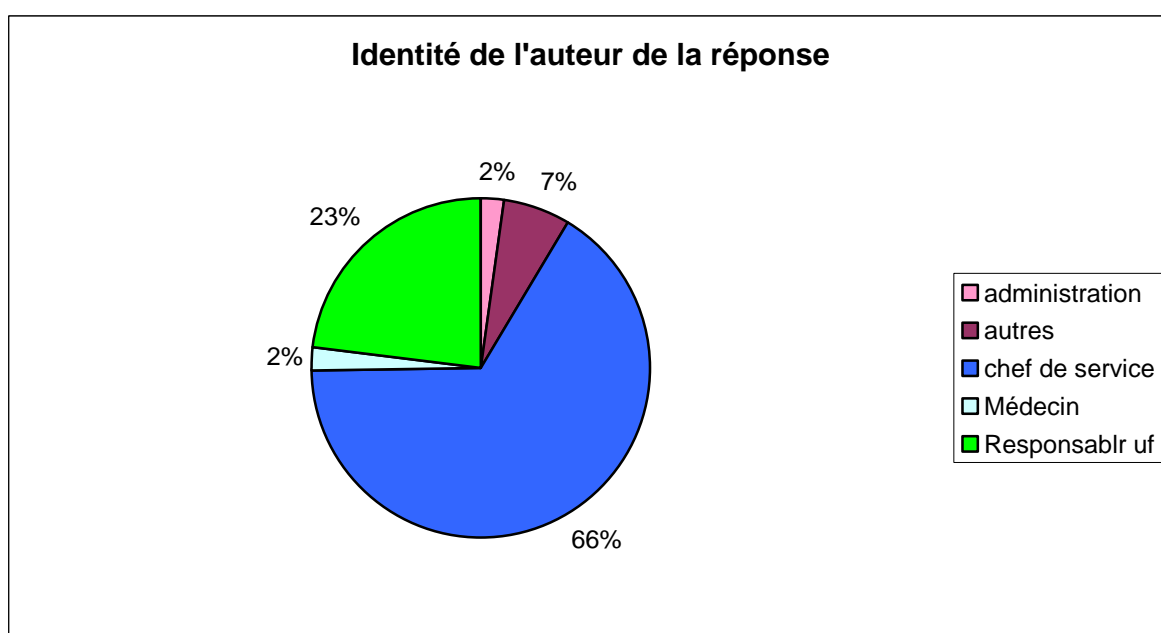


## 2) Identité de l'auteur de la réponse.

Rappelons tout d'abord que 5 catégories ont été définies pour cette étude en matière d'auteur de réponse :

- Direction
- responsable d'UF
- Chef de service
- Médecins concernés par l'incident
- Autres

Cette dernière catégorie sera détaillée ultérieurement.



Les réponses aux réclamations sont donc majoritairement apportées par le chef de service.

La catégorie « médecins » se compose exclusivement de médecins régulateurs généralistes.

Dans la catégorie « Autres », on retrouve :

- 11 réponses émises par le cadre de santé des urgences :
- 1 réponse émise par un pilote de l'hélicoptère :
- 2 réponses émises par le responsable du secteur ambulancier des Urgences
- 2 réponses émises par le SDIS 44

### 3) Délai de réponse

La médiane du délai de réponse est de :

**22 jours** (0- 346)

La réponse est adressée au plaignant d'autant plus vite qu'elle émane du chef de service ou du responsable d'UF.

#### ✦ Délai de réponse en fonction de l'objectif de la réclamation

	Médiane (jours)	Min	Max
Indemnisation	25	2	97
Témoignage	21	0	346
Demande informations	17,5	2	118

#### ✦ Délai de réponse en fonction du secteur incriminé

	Mediane (jours)	Min	Max
Secteur médico psychologique	<b>7,5</b>	0	15
MPU	<b>13,5</b>	2	29
SMUR	<b>15</b>	2	107
Accueil pédiatrique	<b>17</b>	9	52
Accueil non traumatique	<b>18</b>	2	97
UHCD	<b>23</b>	7	30
SAMU/Centre 15	<b>24</b>	2	104
Accueil traumatique	<b>28</b>	3	346

# Discussion



## **I – Les Urgences comparées au reste de l'hôpital**

248 réclamations ont été adressées au du pôle Urgences du CHU de Nantes entre 2004 et 2007. Ceci représente, selon les chiffres fournis par la Direction des relations avec les usagers, 20% de la totalité des réclamations reçues par le CHU de Nantes sur cette période. Soit, en terme d'incidence :

- Urgences Accueil : 0,43 pour 1000 passages
- SAMU/Centre 15 : 0,13 pour 1000 dossiers de régulation médicale.

A titre de comparaison, la proportion du nombre de réclamations par rapport à l'ensemble de l'établissement hospitalier est inférieure à Poitiers avec 13% en 2007.

Ces chiffres n'ont pas pu être comparés avec ceux d'autres établissements.

## II- Que retenir de notre étude ?

### 1) La demande du patient...

61% des réclamations enregistrées ont pour objectif le désir de **témoignage**, du patient ou de sa famille, afin que l'incident ne se reproduise pas. Mais que motive ce désir de témoignage sinon le besoin d'explication ?

En effet, pourquoi écrire si ce n'est pour obtenir une réponse ? Derrière les reproches se dissimule le désir de comprendre : pourquoi m'a-t-on fait cela ? Qu'est qui aurait du être fait ? Quelle a été votre erreur ?

Le plaignant souhaite que l'incident dont il a été victime soit reconnu comme tel et que les protagonistes s'en expliquent, comme l'avait déjà constaté M. Baranga (26).

Le système médical « organisationnel » des Urgences est peu connu du grand public ; les demandes peuvent être informatives. Le plus souvent, comprendre et s'expliquer une situation médicale vécue comme dramatique, permet aussi d'accepter et d'être rassuré.

Le médecin n'est plus seulement le soignant, il doit respecter les droits des patients, ceux-ci sachant de plus en plus nous le rappeler ... « Nous avons le droit de ... ».

L'exigence de nos patients, parfois mal vécue, découle aussi de leur meilleure information médicale globale. Les lectures, les forums, internet leur permettent de se renseigner voire de comparer des prises en charge et donc de nous demander des comptes.

A nous d'y saisir une occasion de nous perfectionner, de mieux communiquer.

Ceci marque bien une nette évolution des mentalités en matière de relation « Médecin-Malade ». Le médecin n'est plus vu comme un individu tout puissant, mais comme un « technicien », avec ses défauts et ses faiblesses, et qui doit répondre de ses actes auprès de ses patients afin de progresser.

A cette fin, la gestion des réclamations devient un marqueur prioritaire de la qualité de prise en charge des patients.

Quelles perspectives de progrès apporte alors l'étude des réclamations reçues par le pôle Urgences du CHU de Nantes ?

## 2) La réponse des équipes

Il apparaît clairement que les secteurs principalement concernés sont le secteur Accueil non Traumatique, le secteur Accueil Traumatique et le SAMU/Centre 15.

### ✦ Aux Urgences

Contrairement aux études menées à Rouen (14), Saint Quentin (21) et Nancy (13) et Singapour (34), le motif le plus représenté au niveau de l'Accueil traumatique et non Traumatique, n'est pas le délai d'attente ou le manque d'empathie, mais bien celui de la prise en charge médicale.

Il semble que la thérapeutique soit jugée insuffisante par les patients, notamment en matière de prise en charge de la douleur, et ceci malgré l'existence de protocoles écrits. Ce type de réclamation concerne surtout le secteur Accueil Traumatique. Deux raisons peuvent être évoquées :

- Premièrement, l'absence dans ce secteur, d'une infirmière dédiée à la surveillance de la file d'attente, rend difficile une évaluation fréquente de la douleur par l'échelle visuelle analogique, et, par le fait, d'analgésie précoce.
- Secondairement on peut supposer que les protocoles sont imparfaitement connus, ou leur utilité sous évaluée devant des pathologies souvent d'allure bénigne, telle que les entorses ou les traumatismes fermés sans déformation notable, mais pouvant dissimuler une fracture.

Il faut cependant temporeriser cette constatation par le faible effectif de réclamations à ce sujet sur les quatre années étudiées et leur diminution depuis 2006.

Tout en poursuivant les efforts entrepris, des informations régulières auprès du personnel soignant pourrait permettre de le sensibiliser à la prise en charge de la douleur au niveau du secteur Traumatique.

En dehors des réclamations concernant la question de la prise en charge de la douleur, pourquoi le patient ressent-il ce sentiment d'insuffisance de prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique ? Ce sentiment repose probablement davantage sur un manque d'information et de communication que sur une insuffisance véritable. Une grande partie des réclamations concernant les motifs diagnostiques et thérapeutiques émanent de patients ayant consulté pour une symptomatologie dont l'étiologie n'a pu être identifiée

qu'après retour à domicile, devant l'apparition de nouveaux éléments. L'examen clinique lors du passage dans le service d'Urgences Accueil était cependant bien conduit et les examens complémentaires adaptés.

On peut se demander si ces patients ont reçu une information suffisante au moment de leur sortie du service, en matière de surveillance notamment. Il serait donc judicieux de faire une place privilégiée dans notre prise en charge, au même titre que la démarche diagnostique que représente l'examen et l'interrogatoire, aux informations relatives à la sortie du patient.

Tout doit lui être expliqué, en termes simples, intelligibles, et si possible à plusieurs reprises : diagnostic ou, en l'absence de certitude, hypothèses diagnostiques, résultats des différents examens, traitement de sortie, et surtout points et modalités de surveillance. Ces informations doivent aussi être données à la personne de confiance, si le patient l'autorise. Un certain nombre de consignes de sortie existent sous forme écrite pour les pathologies les plus fréquemment rencontrées au service d'Urgences Accueil. Ce type de support peut constituer une piste d'amélioration mais ne dispense pas d'une information orale. Le médecin doit également s'assurer de la bonne compréhension des informations dispensées. Ceci nécessite du temps mais également de l'écoute et de l'empathie.

Le motif relationnel n'apparaît qu'en seconde position alors qu'il apparaît prépondérant dans d'autres études (14,21). Ce motif est souvent lié, dans les lettres, au manque d'intimité, au non respect de la dignité et des besoins élémentaires. Qui, au cours d'une garde, n'a pas promis de rapporter un verre d'eau, un oreiller...et l'a oublié une fois la porte du box franchie ?

Pourtant, une enquête interne (23) réalisée en 2003 auprès des usagers (donc juste avant le début de notre étude) dans le cadre du « Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ 3) a montré que le respect de la dignité était satisfaisant au niveau de l'Accueil Urgences avec une note globale de 8,31/10 en ce qui concerne le respect de la dignité (pour une moyenne à 8,08). Le respect de la confidentialité est satisfaisant (7,69/10) mais inférieur à la moyenne de l'ensemble du centre hospitalier (8,08/10).

Des améliorations peuvent être envisagées. Ces améliorations passent par le maintien d'une vigilance constante, de la part de chaque intervenant, afin de respecter le secret médical et la dignité des patients en s'adaptant aux locaux, par des moyens parfois très simples : éviter de sortir les dossiers médicaux, ne pas citer les noms des patients en dehors

de la salle d'examen, faire preuve de discrétion pour les patients vus comme pour ceux qui attendent.

L'attente, ou plutôt le délai d'attente des les service d'Urgences Accueil : préoccupation constante de l'équipe soignante, objet de travaux de la Mission nationale d'Expertises et d'Audits Hospitaliers (MEAH) (22), n'est donc pas le plus représenté au niveau de l'Urgences Accueil du CHU de Nantes. Le temps d'attente est une donnée objective véhiculant un ressenti. Il faudrait donc agir à ces deux niveaux :

- Amélioration du ressenti de ce délai d'attente par le patient
- Réduction du temps d'attente effectif

Le ressenti de l'attente est lié à la personnalité individuelle mais également au contexte de cette attente. Quel contexte peut-il être plus anxiogène que celui de l'urgence ? Les patients sont allongés sur un brancard souvent inconfortable, regardant le ballet incessant des soignants, dans l'inquiétude générée par l'ignorance de leur pathologie. La gravité est alors souvent surestimée par l'anxiété, de la part du patient comme de sa famille. D'où l'incompréhension vis-à-vis de la politique de priorisation des prises en charge, qu'ils ignorent d'ailleurs fréquemment. Les possibilités d'amélioration pourraient donc passer par une amélioration de l'information à deux niveaux :

- l'information concernant le déroulement de la prise en charge dans le service
- l'information concernant les règles de priorisation, et par ce biais, l'explication au patient de la non gravité immédiate de son état.

Un support écrit sous forme de livret existe (Annexe 1), son utilisation est à développer.

Le second moyen d'intervention est de diminuer le temps effectif d'attente des patients. Cette question préoccupe le corps médical depuis de nombreuses années. Une des solutions proposée est d'adjoindre à l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation, un médecin dont la fonction serait exclusivement dédiée à l'orientation et à la prise en charge de patients. Les études sur ce sujet (31) ont démontré une diminution significative du délai d'attente. Ce médecin, ou Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO), exerce ses fonctions au service Accueil depuis 2008, avec des résultats très satisfaisants.

Toutes les considérations concernant les motifs de réclamations ne doivent cependant pas faire oublier l'existence de points plus positifs.

L'incidence du nombre de réclamations est comparable, pour l'ensemble de l'Urgences Accueil, à celle retrouvée par des études récentes, notamment à Rouen (14) avec 0,53 pour

1000 passages sur la même période, mais légèrement inférieure à celle obtenue à Pontoise entre 1997 et 2001 (19) : 0,89 réclamations pour 1000 passages.

L'évolution tend à la décroissance, malgré un nombre de passages sans cesse grandissant. On peut y voir un des effets de la séniorisation du secteur non traumatique ayant débuté en Novembre 2006.

Avant cette date, la responsabilité du secteur traumatique reposait, la nuit à partir de 18 heures, sur les internes, secondés par le senior responsable du secteur non traumatique qui, de ce fait, devait faire face à un surcroît de travail. Cette situation posant des problèmes de sécurité en matière de prise en charge, un médecin senior assure, depuis ce jour, la supervision de ce secteur 24h/24. Depuis 2006, le nombre de réclamations, en particulier concernant les erreurs diagnostiques et le manque d'examen a diminué malgré une augmentation du nombre de passages. Le retentissement de cette mesure semble également bénéficier au secteur non Traumatique, le nombre de patients par senior devenant moindre. Cependant, le médecin de garde la nuit au niveau du secteur traumatique fait également partie de la troisième équipe médicale du SMUR, et peut donc à tout moment, partir en intervention, pour une durée indéterminée. Ce qui nous amène à l'un des points marquants de cette étude : **75% des incidents ayant conduit à une réclamation ont eu lieu sur une période de garde**, taux plus important que dans les précédentes études (14,16), qui cependant ne s'intéressaient pas à l'activité du SAMU/Centre 15.

Sur l'ensemble de l'Accueil Urgences, les incidents ayant donné lieu à une réclamation ont lieu à **45% sur la période du week-end**. Une constatation similaire avait déjà été faite dans les études de V. Aquilina (14) et de L. Julliard (15) avec un taux quasi identique, alors que O. Miro (28) à Barcelone a montré que le taux de réclamations liées à une admission le week-end était moins important que celui lié à une admission la semaine. Le week-end est bien entendu une période particulière, correspondant au pic de passages dans le service. Or, une seconde étude menée par O. Miro (27) a montré que la surpopulation aux Urgences entraîne une diminution de la qualité de la prise en charge. S'y ajoute en outre une modification quantitative des effectifs par rapport à la semaine : le service d'Accueil des urgences ne dispose ni de médecin dit « de consultation » permettant une prise en charge rapide des pathologies sans critères de gravité, ni, pour la période suivant celle de cette étude, de médecin d'Accueil et d'orientation. Le secteur non traumatique est également sous la responsabilité du médecin de la troisième équipe SMUR, qui, comme nous l'avons déjà signalé, peut être détaché du service à tout moment.

Quant aux internes de garde, 50% des effectifs sur le week-end sont constitués par des internes non affectés aux services d'Accueil Urgences, et n'effectuant que 2 à 3 gardes par mois. Cette faible fréquence pourrait être à l'origine d'une mauvaise connaissance des modalités de fonctionnement et des protocoles du service.

Toutes ces constatations sont également applicables au fonctionnement du service la nuit, à partir de 18h. On compte 3 seniors de garde, mais l'un d'entre eux n'est pas urgentiste et termine sa garde à minuit. Ne restent alors qu'un senior au niveau du secteur non Traumatique et un senior pour le secteur traumatique.

Un médecin senior supplémentaire sur la période nocturne est-il à envisager ?

Si la majorité des incidents ayant donné lieu à une réclamation se produisent la nuit, l'analyse de la répartition du nombre d'incident en fonction du nycthémère met en évidence des horaires privilégiés de survenue, même en journée : 10h-16h, 18h-22h, 0h-2h et 4h-6h. Cette recrudescence des incidents correspond globalement au flux d'arrivée des patients, à l'exception des tranches 0h-2h et 4h-6h.

Ces horaires correspondent également, pour la plupart, aux horaires de changements d'équipe, quelles soient paramédicales (14h-16h et 20h-22h) ou médicales ( 18h-20h et 0h-2h horaire correspondant au départ des internes des urgences et du second médecin du secteur non traumatique). Cet état de fait, déjà constaté dans d'autres centres hospitaliers (14), est observable au quotidien : toute activité diminue de façon importante au moment des transmissions. Celles-ci, quelles soient médicales ou paramédicales, semblent donc être à l'origine d'un désinvestissement temporaire de l'équipe et peut être même d'une perte de données médicales ou contextuelles, dommageables pour la prise en charge du patient. Il est donc important d'apporter une plus grande attention à la tenue du dossier médical et des diagrammes de suivis infirmiers afin de limiter la potentielle perte de données.

Contrairement aux horaires de passages, on ne peut pas constater d'influence du jour d'admission sur le nombre de réclamations, qu'on ne peut corréliser aux nombres de passages journaliers. Ceci est particulièrement vrai pour les journées du Mardi et du Mercredi, où le nombre de réclamations est proportionnellement plus important par rapport au nombre de passages, sans qu'on ait pu identifier d'explications évidentes.

#### ✦ Au niveau du SAMU/Centre 15

La très grande majorité des réclamations ont pour objet la **contestation de la nature des moyens engagés** puis secondairement le **délai d'attente de ces moyens**. Cette constatation avait déjà été faite par l'étude menée par le SAMU 06 (25). L'explication la plus vraisemblable à ce fait pourrait être la méconnaissance du fonctionnement du Centre de Réception et de Régulation des Appels 15. L'étude du Dr. Lallement (35) n'a-t-elle pas révélée que 67,27% des personnes interrogées sur la signification du sigle SAMU avouaient ne pas en connaître la signification, ni les fonctions réelles ?

Un appel au CRRA 15 conduit à une évaluation médicale téléphonique nommée régulation médicale. Elle peut être de deux types :

- La régulation dite « libérale », effectuée par un médecin généraliste, s'occupe des appels relevant de la permanence des soins.
- La régulation dite « hospitalière » s'occupe de toutes les demandes concernant une détresse vitale ou une situation à risque de gravité.

L'appel est d'abord reçu par le Permanencier Auxiliaire de Régulation (PARM). Celui-ci à la charge de recueillir les éléments nécessaires à l'orientation de l'appel vers le médecin généraliste ou le médecin urgentiste, à l'évaluation de son degré de priorité et au bon déroulement de l'intervention. Il transfère ensuite l'appel au médecin régulateur.

La régulation médicale conduit à la mise en œuvre de divers moyens de secours :

- sapeurs pompiers
- Médecin de garde ou médecin de SOS médecin
- Ambulance privée
- SMUR en cas de détresse vitale

La nature des moyens engagés est déterminée par le médecin régulateur selon la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours (32), et par la présence ou de l'absence de critères de gravité recueillis lors de l'interrogatoire téléphonique.

Or, l'appelant, se sentant seul et démuné face à une situation qui souvent le dépasse, est porteur d'une charge émotionnelle rendant souvent difficile l'évaluation correcte de la



gravité. Nombre de plaignants demandent des explications pour non envoi du SMUR, alors que la situation clinique ne motivait pas un tel envoi.

Ce ressenti explique également l'émission de réclamations concernant le délai d'attente des moyens engagés, qui, bien qu'étant passée au second plan par rapport aux travaux menés par le Dr. O. Bonhomme (18) sur la période 1992-1998, reste toujours prépondérante.

Les appels émanent fréquemment de proches de la victime qui n'ont pas l'expérience de la situation d'Urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie. Il en résulte une angoisse d'insuffisance dont ils veulent rapidement être affranchis. Cette incompétence est malheureusement le résultat d'une carence éducative de la population française en matière de premier secours.

Il apparaît donc important, à tous les niveaux de régulation, de privilégier l'information de l'appelant sur le degré de gravité de la situation, la réassurance, de donner des conseils afin de canaliser son angoisse qui se sent par le fait moins inutile. Reste aux pouvoirs publics la nécessaire tâche de promouvoir l'enseignement des gestes de premiers secours auprès de la population.

Toujours en terme « d'attente », on constate que l'attente téléphonique ne donne pas lieu à la majorité des réclamations, et ce malgré le nombre d'intervenants. Ce résultats concordent avec les études menées par les Dr. Perrot (24) à propos du CRRA 65 et Lallement (35) à propos du CRRA 92.

En terme de régulation, l'objectif est avant tout l'efficacité et la rapidité.

Cependant, face à l'augmentation croissante du nombre d'appels, on ne peut que craindre une augmentation du délai d'attente téléphonique et par le fait du nombre de réclamations. Anticipant ce risque, des mesures ont déjà été prises au SAMU 44 avec l'augmentation progressive du nombre de PARM depuis quelques années, l'informatisation de la régulation par le logiciel Centaure 15<sup>®</sup> et plus récemment, par une adaptation des locaux du CCRA 15.

Enfin, on ne peut parler de régulation sans évoquer la relation d'écoute et d'empathie nécessaire à la qualité de la régulation téléphonique. Cette pratique médicale, non enseignée au cours du cursus médical, fait appel aux mêmes qualités de respect et d'empathie que l'exercice clinique, mais la difficulté est majorée par l'absence de patient « tangible », la concentration que cette pratique nécessite... et l'état statique. Afin de limiter les dérives, le stress et l'énerverment, le temps passé à la régulation est

aménagé pour les médecins hospitaliers : le temps de régulation est divisé par tranches de 4 à 6 heures, entrecoupé de périodes d'activités SMUR. Il n'en est pas de même pour les médecins généralistes qui assurent des horaires de régulation plus longs et souvent seuls en semaine. Une piste d'amélioration de la qualité des appels se trouve peut être ici.

L'étude réalisée par le Dr. Bonhomme (18) sur les réclamations reçues par le SAMU/Centre de Loire Atlantique sur une période antérieure (1992-1998) retrouvait une incidence de 0,3 réclamations pour 1000 dossiers de régulation médicale. Il y a donc une diminution de cette incidence entre cette période et celle concernée par notre étude.

Le nombre de réclamations augmente pourtant chaque année, mais cette augmentation est proportionnelle à celle du nombre de dossiers de régulation médicale. On peut donc y voir l'effet des mesures déjà évoquées : augmentation des effectifs PARM, informatisation afin d'optimiser la gestion de l'appel et le suivi des interventions.

Quand on s'intéresse à la répartition journalière et nyctémérale des incidents ayant donné lieu à une réclamation, on constate que la majorité ont eu lieu le week-end (52%) et la nuit (66%). Ceci nous ramène au fait que 75% des incidents surviennent sur une garde, au niveau de l'ensemble du pôle.

Comme pour l'Accueil Urgences, la nuit et le week-end, l'absence de médecin de garde dans de nombreux secteurs, entraînent une bascule de la responsabilité de la permanence des soins vers le CRRA 15.

Il en découle une augmentation notable du nombre d'appels et du fait, de dossiers de régulations médicales. Si le nombre de médecins régulateurs généralistes est augmenté le week-end, il n'en est pas de même la nuit, où ils ne sont que 2. Les effectifs des médecins régulateurs hospitaliers sont quant à eux maintenus. Cependant, la fréquence élevée des gardes, l'heure avancée sont pourvoyeurs de fatigue et de potentiel déficit attentionnel, probablement dommageable pour la communication avec le patient.

### 3) Communiquons !

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer comme l'a fait l'australien Taylor en 2002 (20) : les réclamations relatives au service d'urgences résultent largement de problèmes de communication, tant avec le patient qu'avec sa famille.

D'ailleurs nous avons pu remarquer, que, contrairement aux résultats de précédentes études (17,20), les lettres de réclamations sont émises majoritairement non pas par le patient mais par les membres de sa famille (44%). Ceci n'a en fait rien de surprenant, la famille, les proches étant les témoins privilégiés de la prise en charge du patient, tant par leur présence au service d'Accueil Urgences que par leur qualité d'appelant au niveau du centre 15.

On peut alors s'interroger sur la place accordée à la famille au sein du pôle urgences du CHU de Nantes.

#### ✦ Aux Urgences

L'information du patient et de sa famille doit prendre une place importante dans la prise en charge médicale. Cette information doit être délivrée à chaque étape de la prise en charge, de l'accueil à la sortie, et faire intervenir tous les membres de l'équipe soignante. Un certain nombre d'amélioration pourraient être apportées.

Selon le référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) sur l'évaluation des structures d'accueil des Urgences (33), « *l'information générale, relative au déroulement du passage aux Urgences, est écrite (livret d'accueil, affiche), visuelle, voire vidéo. Elle est disponible dès l'accueil* ». Un tel livret existe au niveau du service d'Accueil des Urgences (Annexe 1). Il explique, comme il se doit, le déroulement de la prise en charge, les causes de l'attente. Son utilisation, qui pourrait s'avérer positive, est cependant anecdotique à ce jour. Un des premiers axes de réflexion pourrait donc porter sur son amélioration et une sensibilisation du personnel à sa distribution, lors de l'accueil du patient.

D'autres moyens de communication pourraient également être envisagés, tels qu'un support vidéo, visibles pendant le temps d'attente.

Un certain profit peut également être tiré de l'expérience menée dans le service d'Accueil Urgences du CHU de Grenoble (30) de janvier à juillet 2002 : 4 agents de médiation, recrutés parmi les membres les plus anciens et les plus expérimentés du personnel infirmier,

ont été mis en place avec pour unique fonction l'accueil, l'accompagnement et l'information des familles. Au terme de ces 6 mois, une enquête de satisfaction réalisée auprès du personnel a démontré l'utilité de cette mesure au niveau de la relation famille-personnel hospitalier : moins d'agressivité, plus de coopération de la famille. Une réflexion sur la mise en place de ce type de personnel pourrait être une piste d'amélioration.

Il appartient pour le moment à chacun, de prendre conscience de l'importance de l'information du patient et notamment au personnel médical. Le patient doit connaître les raisons motivant chaque acte, les résultats obtenus et le de venir envisagé. Nous avons déjà abordé la question des informations données lors de la sortie du patient : elles doivent être claires, intelligibles et surtout répétées. Le médecin doit s'assurer de la parfaite compréhension du patient. L'utilisation de supports écrits, rappelant les consignes de surveillance pourraient être développés, mais ils ne dispensent pas d'une information orale.

Enfin, n'oublions pas que l'information du patient est un devoir dont le médecin à la charge de la preuve en cas de procédures judiciaires. Le médecin doit donc consigner toutes les informations données sur le dossier médical, de la façon la plus précise possible. Une information sur le sujet, auprès des internes et des médecins pourraient être un axe de d'amélioration.

Dans une optique approchante, l'information du patient sur les voies de recours possibles en terme de réclamations est une obligation. Celle-ci pourrait figurer dans le livret d'Accueil.

#### ✦ Au SAMU/Centre 15

Comme nous l'avons vu, le problème essentiel est avant tout la méconnaissance de ce type de service par le public.

En ce qui concerne à proprement parler le SAMU/Centre 15 de Nantes, il incombe à chaque intervenant, PARM comme médecin, de délivrer une information claire, de la façon la plus empathique possible, lors de chaque appel. Il est nécessaire, pour l'appelant, de connaître l'identité de son interlocuteur, sa fonction. Le médecin régulateur se doit

d'informer l'appelant sur le degré de gravité de la situation, de lui donner les conseils adéquats afin qu'il puisse faire face. Ceci est généralement fait, mais une certaine vigilance doit être maintenue, en particulier la nuit.

En ce qui concerne les interventions, la tendance vise à une intégration plus importante de la famille dans la prise en charge. Ainsi la revue bibliographique de Boudreau, Francis et Lovecano (29) en 2005, a démontré qu'en matière de réanimation et de procédures invasives dans les services d'Urgences, il était préférable de laisser à la famille le choix d'être présente. Elle en tire un meilleur vécu à posteriori. Il s'agit à présent d'une pratique recommandée notamment lors des réanimations cardio respiratoires effectuées par le SMUR.

### **III- A propos de la gestion des réclamations**

On ne peut clore cette étude sans répondre à notre but premier : faire l'état des lieux de la gestion des réclamations au niveau du pôle Urgences.

Le taux de réponse a globalement augmenté au cours des quatre années étudiées, pour arriver à 98,3% en 2007.

Ce résultat est satisfaisant, il faut cependant signaler un point important : Au niveau du SAMU/Centre 15 et SMUR, seulement 5 réponses émanant des médecins directement concernés par l'incident ont été retrouvées dans les archives.

Deux possibilités sont envisageables :

- la lettre n'a bénéficié d'aucune réponse de leur part
- leur réponse n'a pas été transmise en copie au niveau du pôle et donc pas archivée.

Dans les 2 cas, il existe un dysfonctionnement dans le respect de la procédure, le médecin étant tenu de répondre et de transmettre une trace de cette réponse à la direction du pôle. La révision des procédures de traitements des réclamations sous forme de protocoles écrits, validés par la cellule qualité et accessibles à tous pourraient être une voie d'amélioration. Mais ceci peut également être le révélateur d'un faible investissement des médecins dans la gestion des réclamations. Ainsi, on pourrait proposer de réaliser un bilan annuel, sous forme de réunion, afin de sensibiliser chacun et de discuter des dossiers les plus épineux.

Ceci pose le problème de l'enregistrement et de l'archivage des réclamations au niveau du pôle. Nous avons relevé 12 recours en justice concernant le pôle sur la période étudiée. La vérification auprès de la direction des usagers, fait été de 42 recours. Un effort devrait donc être fait en matière de transmission et d'enregistrement de réclamations.

Le délai de réponse médian est d'environ 22 jours. Le délai de 30 jours fixé de façon réglementaire par l'administration du CHU de Nantes est donc respecté. On peut cependant remarquer que ce délai est allongé lorsque le destinataire initial est l'administration, résultat logique étant donné le nombre accru d'intermédiaires dans cette voie de recours.

## **IV- Les limites de l'étude**

Cette étude a pour objectif d'analyser de façon quantitative et qualitative les lettres de réclamations adressées au pôle Urgences de 2004 à 2007.

Sur le plan quantitatif : Le recueil de données a été effectué à partir des archives détenues au Bureau Administratif du pôle, le postulat de départ étant que la totalité des réclamations étaient contenues dans ces archives. Or, malgré la volonté de centralisation du traitement des réclamations et l'existence de procédures, il apparaît que ce postulat semble erroné, ne nous permettant de démontrer qu'une analyse partielle.

D'autre part, on constate un faible nombre de réclamations concernant les unités d'hospitalisation (UHCD et MPU) et le secteur médico psychologique, rendant difficile l'analyse des résultats dans ces secteurs.

Quant à l'analyse qualitative, il apparaît une limite évidente qu'est la subjectivité, tant liée au contenu de la lettre qu'à sa lecture. Une lettre, quel qu'en soit le motif, véhicule toujours, de façon consciente ou inconsciente, la personnalité et le ressenti du patient. Le contenu est tantôt clair et explicite, tantôt plutôt brouillon. Son analyse a parfois donné lieu à la nécessité d'interprétation des dires afin de dégager le motif ou l'objectif réel de son auteur.

## V- Axes d'amélioration

Au terme de cette étude, nous avons identifié plusieurs points de réflexion.

### ✦ L'information .....du patient et de sa famille

L'information du patient, l'accueil et l'accompagnement des familles font également partie des critères d'accréditation définis par la certification V2010. Cette étude a démontré qu'il s'agissait de points à améliorer.

Plusieurs moyens peuvent être mis en place afin d'y parvenir. Voici quelques propositions :

- 1) Utilisation de supports écrits d'information tels que le livret d'accueil (en le rendant plus exhaustif), des affiches, expliquant les modalités de fonctionnement du service, les règles de priorisation en matière d'attente. Un support vidéo pourrait également être envisagé.
- 2) Mise en place d'agents de médiation dont la seule fonction serait l'accueil et l'accompagnement des familles
- 3) Développer le principe de support écrit concernant les consignes de sortie et de surveillance, comme il en existe déjà pour la surveillance des traumatisés crâniens à domicile, ou la colique néphrétique non compliquée.



## ✦ La formation ....des équipes

Cette étude a permis de mettre en évidence quelques dysfonctionnements potentiels au sein du pôle Urgences, auxquels il convient de remédier.

- 1) Sensibiliser les équipes médicales à une tenue rigoureuse et précise du dossier médical.  
Ceci doit être fait pour deux raisons principales : tout d'abord pour limiter la perte de données au moment des transmissions, mais également pour pouvoir répondre le plus précisément possible, a posteriori, à toutes réclamations.
- 2) Développer la connaissance des différents protocoles de prise en charge notamment en matière de douleur.  
Il existe déjà un manuel retraçant les prises en charge les plus fréquentes au sein de l'Accueil des Urgences. Il serait peut être souhaitable de le compléter.
- 3) Valorisation de la fonction de l'infirmière chargée de la surveillance de la file d'attente et de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation

## ✦ S'inscrire dans une démarche qualité

Ceci passe bien évidemment par une amélioration du système de gestion des réclamations, mais il faudrait également :

- 1) Sensibiliser les membres du personnel soignant à la nécessité de communication avec le patient et sa famille, la nécessité d'explications et d'accompagnement par le biais de staff, de réunions de service ou de groupes de travail.
- 2) Les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et les revues de Morbi Mortalité sont également des outils intéressants, favorisant la réflexion sur l'adéquation des pratiques aux besoins du patient.
- 3) Réaliser des enquêtes de satisfaction par le biais de questionnaires de sortie ou d'enquête
- 4) Mettre les procédures de gestion des réclamations sous forme de protocole écrits, validés par la cellule qualité de l'établissement, afin qu'elles puissent être accessibles à tous.
- 5) Promouvoir une réponse par le médecin concerné par la réclamation en lui expliquant la démarche qualité dans laquelle il s'inscrit.  
S'assurer du suivi des affaires et du respect de la procédure par un médecin « responsable du dossier gestion des réclamations ».
- 6) Organiser l'enregistrement et l'archivage des différentes réclamations. Il faut notamment réussir à réellement centraliser le traitement des réclamations au sein du pôle.
- 7) Réaliser un bilan annuel afin de définir les améliorations déjà acquises et les points déficients, bilan qui sera transmis par la suite à la direction des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

# Conclusion

248 lettres de réclamations ont été analysées dans cette étude, toutes considérées comme recevables. L'auteur y exposait ses motifs avec un objectif principal : obtenir des réponses aux multiples questions soulevées par une prise en charge qui ne lui semblait pas adéquate, afin d'éviter que les dysfonctionnements ne se reproduisent pour d'autres usagers. Le rôle du soignant est de prendre en charge le patient dans sa globalité, quelques soient les contraintes de l'exercice médical. L'Urgence impose des contraintes de rapidité et de gestion du stress, tant du patient que du soignant, qui ne doivent pas nous faire oublier l'importance d'une écoute attentive, empathique, ni d'une gestion médicale rigoureuse... Le service des Urgences, tant dans son activité pré hospitalière qu'hospitalière, est « une fenêtre ouverte », l'interface de l'hôpital et du public. Cette « fenêtre ouverte » doit garantir l'image d'équipes médicales et para-médicales soucieuses de rigueur comme de réassurance.

Les lettres de réclamations des patients ou de leur famille sont un des reflets de nos pratiques. Leur gestion adéquate constitue donc celui de notre démarche qualité. L'analyse des réclamations adressées au Pôle Urgences s'inscrit dans la lignée de la politique d'évaluation de pratiques énoncées par la Certification V2010. Ce travail nous permet de faire un état des lieux des plaintes globales exprimées par nos patients, entre 2004 et 2007. Secteur par Secteur, il nous permet de cibler les améliorations possibles à envisager, tant sur le plan médical que relationnel.

Cependant, n'oublions pas qu'une lettre peut être porteuse de griefs, mais aussi de remerciements. Espérons que dans quelques années ceux-ci seront les plus nombreux ?

# **Annexe**

# ANNEXE 1 : Livret d'accueil du patient à l'Urgences Accueil

## URGENCES

C.H.U. de Nantes

*Médicales, Chirurgicales, Psychiatriques, Sociales*



2  
0  
0  
4  
-  
2  
0  
0  
5

*L'équipe de soins vous accueille et vous informe.*



Pôle Urgences

Chef de service : Professeur Gilles Potel



## Votre prise en charge

Après la constitution de votre dossier administratif, l'infirmière organisatrice de l'accueil (I.O.A.) évalue votre état de santé et le degré d'urgence et prépare le dossier médical. Elle recueille les informations sur votre traitement médical, vos antécédents et soins, en respectant la confidentialité.

Si vous êtes mineur, l'I.O.A. demandera à votre représentant légal (père, mère, tuteur) une autorisation de soins.



**L'I.O.A. accueille et oriente les malades par ordre de priorité et en fonction du degré d'urgence. Une personne arrivée après vous peut-être prise en charge avant vous si son état de santé est jugé plus critique, donc plus urgent !**

Vous êtes ensuite orienté vers l'un des différents secteurs du pôle :

- l'unité de traumatologie,
- l'unité médico-chirurgicale,
- l'unité médico-psychiatrique,
- le bloc opératoire,
- le service social.

Vous êtes ensuite pris en charge dans une salle d'examens par l'équipe soignante. L'infirmière et l'aide-soignante vous aideront à vous préparer aux examens (toilette, pose d'une voie veineuse... si nécessaire) et réaliseront un inventaire de vos effets personnels.

Si vous détenez des objets de valeurs, ceux-ci pourront être déposés au coffre de l'hôpital.



L'interne puis le médecin urgentiste senior réalise votre prise en charge médicale.

Cette prise en charge comporte :

- l'approfondissement de l'évaluation de votre état de santé,
- la décision éventuelle d'actes complémentaires (examens biologiques par prise de sang, examens radiologiques, consultation de spécialiste),
- l'application immédiate des soins nécessaires à votre état de santé.

Au terme de l'évaluation médicale et des soins dispensés, le médecin décide de votre hospitalisation ou de votre retour à domicile.



**Afin de permettre une bonne prise en charge, une seule personne peut vous accompagner en salle d'examen. Votre famille et vos proches seront invités à demeurer en salle d'attente.**

Le service social a pour mission de conseiller, d'orienter et de vous accompagner dans les démarches administratives.

Le service médico-psychiatrique a pour mission de vous écouter, vous rassurer...

## Pourquoi tant d'attente aux urgences ?

Cette attente peut notamment être due à :

- l'attente liée à l'indisponibilité :
  - d'une salle d'examen en cas d'afflux massif de patients,
  - des médecins occupés avec des urgences absolues,
  - d'infirmiers déjà occupés à la réalisation de soins.
- l'attente liée aux délais d'obtention :
  - des résultats d'examens biologiques,
  - de l'examen radiologique et de son résultat (échographie, scanner, IRM...),
  - des consultations spécialisées (les spécialistes ayant leurs activités dans leur service ou au bloc opératoire).
- l'attente d'un lit dans un service de l'hôpital si l'hospitalisation est nécessaire



**Pendant ce délai d'attente votre état de santé sera réévalué régulièrement, n'hésitez pas à faire appel en cas de besoin. Les équipes demeurent, dans tous les cas, à votre disposition.**



## Les formalités administratives

### ... lors de votre admission.

Les formalités sont minimales.

Toutefois, si votre état de santé vous le permet, invitez l'un de vos proches à se présenter au bureau des admissions afin de régulariser dans les plus brefs délais votre situation administrative, avec :

- votre carte d'assuré social (carte Vitale),
- la prise en charge de votre mutuelle ou la notification d'aide médicale.



### ... lors de votre sortie.

A votre sortie du service des urgences, divers documents vous sont remis :

- ordonnances, radiographies,
- arrêt de travail, si nécessaire
- rendez-vous de consultations,
- fiches de conseils et de recommandations.



Sauf opposition de votre part, votre médecin traitant recevra un compte-rendu de votre venue aux urgences.



Vous ne payez rien le jour même. Une facture sera envoyée à votre domicile. La prise en charge des frais (soins, hospitalisation, examens...) est effectuée directement par la sécurité sociale sur présentation de la carte Vitale. Toutefois, la part des frais non couverte par l'assurance maladie reste à votre charge ou à celle de votre mutuelle.



## Rappel

Les actes suivants ne doivent pas faire l'objet d'une nouvelle consultation au service des urgences :

- ablation de fils
- injections
- poursuite de vaccination
- prolongation de votre arrêt de travail
- renouvellement ou la poursuite d'un traitement médical
- pansements (sauf sur convocation)

**Ces missions sont celles de votre médecin généraliste.**



## Chiffres

- Environ 90000 patients pris en charge par an, soit un habitant de l'agglomération nantaise sur cinq
- Environ 265 patients par jour, avec des pics supérieurs à 300
- Environ 37% des patients admis sont hospitalisés

## Informations utiles

Un téléphone pourra être mis ponctuellement à votre disposition si vous désirez prévenir quelqu'un. Nous vous rappelons que l'usage de téléphone portable est interdit dans l'enceinte de l'hôpital.

Si vous êtes accompagné d'un proche, sachez que vous disposez :

- d'une salle d'attente,
- d'une cabine téléphonique,
- de distributeurs de boissons et de confiseries,
- d'un kiosque à journaux et d'une cafétéria (rez-de-chaussée haut - côté centre ville)  
*ouverts du lundi au vendredi de 8h à 19h, le samedi du 10h à 18h et le dimanche et jours fériés de 11h à 18h.*



## Contacts

Standard CHU : 02 40 08 33 33  
Hôtesse d'accueil des Urgences : 02 40 08 38 95  
Fax des Urgences : 02 40 08 46 54

C.H.U. de Nantes  
Hôtel-Dieu  
Quai Moncousu  
44093 Nantes cedex 1

# **Références**

# **Bibliographiques**

- 1) LUDES B., HAUGER S., Les responsabilités médicales dans les services d'Urgences  
Reanim. Urgences 2000 ; 9 ; 512-22
- 2) Décret n° 99-930 du 10 Novembre 1999 fixant « le statut des internes et des résidents de Médecine, des internes en Pharmacie et des internes en Odontologie ».
- 3) Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.  
Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge.  
Guide méthodologique publié en ligne le 01/10/07
- 4) Loi 2002-303 du 4 Mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » publiée au Journal Officiel du 5 Mars 2002.  
Texte en ligne sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- 5) Organisation et missions des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)  
Titre IV du livre de la première partie réglementaire du Code de la Santé Publique  
Articles D 1142-1, D 1142-2, D 1142-3, R 1142-5 à R 1142-23
- 6) Fédération des établissements Hospitaliers et d'aide à la personne : « les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge »  
Parue en ligne le 11 Avril 2004
- 7) Organisation et missions de l'Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux  
Code de la Santé Publique, articles L 1142-1 à L 1142-24 et D 1142-1 à R 1142-58
- 8) Dr. REY CADEAC F., La mise en place par les directeurs de la commission de conciliation dans les hôpitaux publics : démarche éthique ou simple instrument de la politique de qualité et de prévention des contentieux ?  
Mémoire pour le diplôme inter universitaire d'Ethique et de Pratique médicale,  
Faculté de médecine Paris V, 1999

- 9) Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports  
Historique des droits des usagers
- 10) « L'espace des usagers : le droit de regard des usagers sur le CHRU de Nantes »  
CHUréseau, le 24 Janvier 2001
- 11) Manuel de Certification des établissements de santé V2010  
Haute Autorité de Santé, Juin 2009
- 12) DEPAIGNE LOTH A. Comment prendre en compte l'expression et les attentes des usagers dans la certification des établissements de santé ? Les réponses de la V2010  
Rencontres HAS 2008
- 13) WELTZER Séverine, Analyse rétrospective des lettres de plaintes adressées au service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Nancy de 2001 à 2005.  
Thèse pour le doctorat en médecine, 141 p, Nancy 1, 2006
- 14) AQUILINA Vianney, plaintes et réclamations adressées au service d'Accueil des Urgences de Rouen, de Janvier 2004 à Mai 2008  
Thèse pour le doctorat en Médecine, 94 p, Rouen, 2008
- 15) JULLIARD Laurence, Analyse des réclamations adressées au service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Debrousse. 98 dossiers de 1998 à 2002.  
Thèse pour le doctorat en Médecine, 86 p, Lyon 1, 2004
- 16) FREIERMUTH Jean Paul, Analyse des réclamations et des plaintes reçues au service des Urgences du centre Hospitalier de Villefranche sur Saône.  
Thèse pour le doctorat en Médecine, 132p, Lyon Laennec, 2004
- 17) CHEDOZEAU TRINKER Hélène, Responsabilité Médicale du médecin régulateur du Centre 15 avec revue de Plaintes jugées du 1<sup>er</sup> Janvier 1986 au 1<sup>er</sup> Avril 2006  
Thèse pour le doctorat en médecine, 2006

- 18) BONHOMME Olivier, Evaluation qualitative des SAMU-SMUR au travers de 2 indicateurs :  
– les lettres de plaintes reçues  
– Le courrier adressé au médecin traitant  
Thèse pour le doctorat en Médecine, 113p, Nantes, 2000
- 19) TORREGOSA Boris, Etude et analyse rétrospective des lettres de réclamations adressées de 1997 à 2001 au service des Urgences de l'Hôpital René Dubos de Pontoise.  
Thèse pour le doctorat en Médecine, 82p, Bichat, 2003
- 20) TAYLOR DM., Complaints from Emergency Department patients largely result from treatment and communication problem.  
Emergency Medicine, Mars 2002 ; 14 (1) ; 9-11
- 21) NASR F., FRANCOIS P., BERNARD M. Gestion des plaintes aux Urgences de Saint Quentin  
Communication Journée Annuelle de Médecine d'Urgences de Picardie 2005
- 22) Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), Réduire les temps d'attente et de passages aux Urgences  
En ligne sur [www. Meah.sante.gouv.fr](http://www.Meah.sante.gouv.fr)
- 23) PICHEROT G., Respect de la confidentialité et de la dignité à l'Hôpital  
Enquête interne dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité, Juillet 2003
- 24) PERROT J. Mettre en place une enquête de satisfaction des appelants SAMU 25  
Colloque MEAH 2008
- 25) VALLI F., Réclamations et plaintes dans un service d'Aide Médicale Urgente :  
Analyse descriptive dans une démarche d'assurance qualité  
3<sup>th</sup> mediterranean Emergency Medicine Congress – Nice 2005

- 26) ALVAREZ BARANGA M., VERSCHUREN F., THYS F., MEERT P., Les plaintes adressées apr les patients de la salle d'Urgences : gestion et analyse sur une période de 3 ans.  
Journal Européen des Urgences, Mars 2004, 17 ; 5-149
- 27) MIRO O., SANCHEZ M., COLI-VINENT B., MILLA J., Quality assessment in Emergency Department : behavior respect to attendance demand.  
Med Clin (Barc), Janvier 2001 ; 116 (3) : 92 -7
- 28) MIRO O., SANCHEZ M., ESPINOSA G., MILLA J., Quality and effectiveness of an Emergency department during week ends  
Emerg Med J., 2004 ; 21 ; 573-574
- 29) BOUDREAUX ED., FRANCIS JL., LOYACANO T., Family presence during invasive procedures and resuscitations in the Emergency Department : a critical review and suggestions for future research.  
Ann. Emerg. Med, 2002 Aug ; 40 (2) ; 193-205
- 30) PELLER H., COURT D., MENDEZ N., SLAWISKOWSKI M., GIRBES O., KROL M., MOUTET F., CARPENTIER F., Accueil des familles dans le service d'Accueil et d'Urgences du CHU de Grenoble : Qui ? Pourquoi ? Comment ?  
Journal Européens de Urgences, Avril 2003 ; 16 (1) ; 148-150
- 31) TRAVERS JP., LEE FC., Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department : Is there a role for the senior emergency physician in triage ?  
Eur J Med, Dec 2006 ; 13 (6) ; 342-8
- 32) Circulaire du 18 Septembre 1992 relative "aux relations entre le service départemental d'Incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne de secours"
- 33) Evaluation des structures d'accueil des Urgences  
Référentiel de la société française de médecine d'Urgences

34) WONG LL., OOI SB., GOH LG., Patients complaints in a hospital emergency department in Singapore.

Singapore Med J, 2007 Nov ; 48 (11) ; 990-5

35) LALLEMENT Alice, Démarche d'assurance qualité : évaluation de la satisfaction auprès des appelants du SAMU/Centre 15 des Hauts de Seine

Thèses pour le doctorat en Médecine, 108p, Paris V, 2008

**Titre de Thèse : Etat des lieux de la gestion des réclamations au sein du  
pôle Urgences du CHU de Nantes de 2004 à 2007**

---

**RESUME**

Objectifs : Définir les caractéristiques des réclamations adressées au pôle urgences du CHU de Nantes, les analyser afin d'identifier des dysfonctionnements pour proposer des axes d'amélioration qui permettront de se rapprocher aux mieux des critères d'accréditation définis par la certification V2010.

Méthode : Etude rétrospective monocentrique, qualitative et quantitative de l'ensemble des réclamations reçues par le pôle Urgences du CHU de Nantes de 2004 à 2007.

Résultats : 248 réclamations ont été répertoriées. Elles émanent du patient (45%) ou de sa famille (35%), dans un souci principal de témoignage. Le courrier est envoyé dans un délai médian de 28 jours après la survenue de l'incident..

Les principaux motifs de réclamations sont fonction du secteur incriminé mais les motifs d'ordre médicaux sont au premier plan, par rapport à ceux concernant le délai d'attente ou le manque d'empathie. Les incidents surviennent majoritairement la nuit, 75% au cours des gardes. Le recours à une instance judiciaire ou à une commission est rare (7,7%)

La réponse, par la direction ou directement par le chef de service est donnée dans un délai médian de 22 jours, délai allongé si l'auteur de la réponse est la direction. Cependant, le taux de réponse augmente graduellement.

Conclusion : L'analyse des lettres de réclamations souligne la nécessité d'amélioration de la communication et de l'information données aux patients et à leur famille.

---

**Mots-clés**

Urgences

Samu

Lettres de Réclamations

Démarche qualité