

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2003

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Jean-Dominique BENETEAU

Né le 7 mars 1972 à Vannes (56)

---

présentée et soutenue publiquement le : 06 mai 2003

---

GESTION DES DOLEANCES ET DES PLAINTES DANS UN SERVICE  
D'URGENCE  
A PROPOS DES LETTRES DES USAGERS DU DERNIER TRIMESTRE 1997 A  
FIN 2001 À ANGERS

---

BU Santé  
Nantes

Président : M. le professeur BARON

## PLAN

<b>NOTIONS JURIDIQUES .....</b>	<b>13</b>
<b>I LA RESPONSABILITE MEDICALE.....</b>	<b>13</b>
<b>II LA RESPONSABILITE INDEMNITAIRE ADMINISTRATIVE.....</b>	<b>13</b>
<b>II.1 La faute.....</b>	<b>14</b>
II.1.1 La faute médicale.....	14
II.1.2 Faute simple de service.....	14
II.1.3 Présomption de faute.....	14
II.1.4 Responsabilité sans faute.....	14
<b>II.2 Le dommage.....</b>	<b>15</b>
II.2.1 Le préjudice soumis aux organismes sociaux.....	15
II.2.2 Le préjudice personnel.....	16
<b>III LA RESPONSABILITE PENALE.....</b>	<b>16</b>
<b>IV LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE.....</b>	<b>17</b>
<b>V LES PROCEDURES ADMINISTRATIVES.....</b>	<b>17</b>
<b>V.I Les commissions de conciliation.....</b>	<b>18</b>
<b>V.2 La procédure administrative contentieuse.....</b>	<b>18</b>
V.2.1 Les caractères généraux de la procédure.....	18

V.2.2 L'instance.....	19
V.2.3 Les voies de recours.....	19
V.2.3.1 L'appel.....	19
V.2.3.2 Le recours en cassation.....	19
<b>VI LA PROCEDURE PENALE.....</b>	<b>20</b>
<b>VII MODIFICATIONS APORTEES PAR LA LOI DU 04 MARS 2002.....</b>	<b>20</b>
<b>PRESENTATION DE L'ETUDE .....</b>	<b>23</b>
<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>23</b>
<b>II METHODES.....</b>	<b>24</b>
<b>III FICHE D'ANALYSE.....</b>	<b>25</b>
<b>IV RESULTATS.....</b>	<b>26</b>
<b>DISCUSSION-ANALYSE .....</b>	<b>30</b>
<b>I LE SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCES D'ANGERS.....</b>	<b>30</b>
<b>II EVOLUTION DU NOMBRE DE LETTRES.....</b>	<b>31</b>
<b>III HEURE D'ADMISSION.....</b>	<b>32</b>

<b>IV PERSONNE CONCERNEE.....</b>	<b>32</b>
<b>V DESTINATAIRE.....</b>	<b>33</b>
<b>VI SERVICE CONCERNE.....</b>	<b>33</b>
<b>VII MOTIFS DE LA PLAINT.....</b>	<b>34</b>
<b>VII.1 Accueil.....</b>	<b>34</b>
VII.1.1 Les délais d'attente.....	34
VII.1.2 Les problèmes relationnels.....	35
VII.1.3 Le manque d'information.....	35
VII.1.4 Les locaux.....	36
<b>VII.2 Contestations financières.....</b>	<b>36</b>
<b>VII.3 Prise en charge.....</b>	<b>37</b>
VII.3.1 La compétence.....	37
VII.3.2 Examen paraclinique insuffisant.....	39
VII.3.3 Refus d'hospitalisation.....	40
<b>VII.4 Erreurs diagnostiques.....</b>	<b>40</b>
VII.4.1 Erreurs cliniques.....	41
VII.4.2 Examens complémentaires normaux initialement.....	42
VII.4.3 Examens complémentaires mal interprétés.....	43

VIII TRAITEMENT DE LA PLAINTÉ.....	43
VIII.1 Réponse administrative.....	43
VIII.2 Réponse du responsable du SAU.....	44
VIII.3 Intervention du médecin conciliateur.....	45
VIII.4 Actions en justice.....	46
CONCLUSION .....	47
BIBLIOGRAPHIE .....	49
ANNEXES .....	50
Exemples de lettres de patients et de réponses faites par le service des urgences	

## NOTIONS JURIDIQUES

### I LA RESPONSABILITE MEDICALE

En droit le terme responsabilité concerne deux fonctions distinctes :

- la première consiste à sanctionner des comportements que la société réproouve.

Ce sont les responsabilités pénales et disciplinaires qui ont une fonction répressive envers un individu ayant commis une contravention, un délit, un crime pour la responsabilité pénale ou un écart par rapport au code de déontologie pour la responsabilité disciplinaire.

- la seconde consiste à faire indemniser la victime d'un dommage matériel, physique ou moral causé par un tiers ; ce sont les responsabilités civiles (domaine privé) et administratives (domaine public). Il s'agit du contentieux indemnitaire.

Notre travail concernant les plaintes hospitalières pour demande d'indemnisation, nous nous intéresserons principalement à la responsabilité et à la procédure administrative.

### II LA RESPONSABILITE INDEMNITAIRE ADMINISTRATIVE

L'administration est responsable de ses agents. Lorsque le médecin exerce en milieu hospitalier, il est considéré comme un agent administratif. Sa responsabilité indemnitaire personnelle n'est pas engagée. C'est l'administration qui prend en charge l'éventuelle indemnisation du patient. La seule exception est la faute détachable du service. La faute détachable est reconnue lorsque le médecin a commis cette faute en dehors de son exercice professionnel ou lorsque cette faute est d'une telle gravité qu'elle ne peut être considérée comme liée à un exercice professionnel normal.

La faute détachable est très rarement retenue et dans la plupart des cas l'indemnisation sera assurée par l'hôpital.

Comme dans tout principe de responsabilité indemnitaire, la responsabilité administrative est engagée si une faute est commise, un dommage en résulte et que le lien de causalité est prouvé. Mais la particularité de la responsabilité administrative est que les faits sont jugés par des juges administratifs, juges non tenus par les règles du code civil et qui ont, au fil des années, élaboré un droit jurisprudentiel.

## II.1 LA FAUTE

### II.1.1 la faute médicale

La faute peut concerner toutes les phases de l'activité médicale : la prévention, l'information notamment sur les risques prévisibles (le consentement du patient doit être éclairé), le diagnostic, les soins, les actes opératoires et la surveillance. La notion de faute lourde (particulière à la juridiction administrative) a été abandonnée par le conseil d'Etat dans un arrêt d'assemblée du 10 04 1992. Toute faute, même "simple" peut dorénavant engager la responsabilité.

### II.1.2 Faute simple de service

Cela correspond à tout manquement aux obligations de service, à une mauvaise organisation, à la réalisation défectueuse de soins courants, à la mauvaise utilisation du matériel.

### II.1.3 Présomption de faute

La faute est présumée. Il y a un dommage grave, inattendu, inexplicable et le juge en déduit qu'une faute a été commise alors même qu'elle n'a pas été prouvée, accordant ainsi réparation à la victime. L'exemple type concerne les infections nosocomiales depuis l'arrêt Cohen rendu par le conseil d'Etat en décembre 1988. L'établissement est donc tenu de prendre en charge le malade en toute sécurité sans que ce dernier ne puisse être victime d'une infection dont il ne souffrait pas avant sa prise en charge ; dans le cas contraire le patient n'a plus à démontrer de faute, celle-ci est présumée. C'est à l'établissement de démontrer l'absence de faute s'il veut s'exonérer de l'indemnisation. La loi du 4 mars 2002 a unifié les contentieux dans ce domaine en reconnaissant une obligation de résultat, ce qui revient à la même chose pour ce qui concerne la charge de la preuve.

### II.1.4 Responsabilité sans faute

Il s'agit du principe de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique permettant une indemnisation sans faute prouvée quand sont réunies 3 conditions : dommage d'une exceptionnelle gravité, dont le risque est exceptionnel mais connu, et sans rapport avec l'état initial ou les prédispositions du patient (arrêt Bianchi du 9 avril 1993). Cette prise en charge de l'aléa thérapeutique était particulière à l'ordre administratif (l'ordre judiciaire n'avait pas reconnu de responsabilité sans faute).

La loi du 04 mars 2002, relative aux droits des malades, a fait évoluer la notion de responsabilité sans faute dans la réparation des risques sanitaires, avec une harmonisation de l'indemnisation pour les patients, qu'ils soient pris en charge dans le secteur public ou privé.

En l'absence de faute résultant de l'activité et de la responsabilité d'un acteur de santé "un accident médical, une affection iatrogène ouvrent droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils :

- sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins ;

- ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci ;

- présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur sa vie privée et professionnelles mesurées en tenant compte notamment de l'incapacité totale temporaire ou/et du taux d'incapacité permanente".

La responsabilité sans faute admise par la loi appelle une réparation effectuée par la collectivité nationale selon une procédure rapide et déjudiciarisée que nous détaillerons par la suite. Tel est le principe retenu en présence de dommages pour lesquels on admet la nécessité matérielle et morale d'une compensation même si aucun auteur directement ou indirectement ne peut être identifié.

Le droit à la réparation résulte du simple fait du dommage objectivé et constaté.

## II.2 LE DOMMAGE

Longtemps le juge administratif a été restrictif sur le type de dommage retenu, mais actuellement tous les préjudices (physiques, matériels et moraux) sont admis. Il existe 2 types de préjudices.

### II.2.1 Le préjudice soumis aux organismes sociaux

Il correspond à une indemnisation (remboursement médicaux, indemnités journalières, frais d'hospitalisation, versement d'une rente invalidité) avancée par la sécurité sociale. Il convient donc de déterminer :

- l'incapacité totale temporaire (ITT) correspondant à la période pendant laquelle la personne est incapable de mener une activité professionnelle. A différencier de l'arrêt de travail puisque les non actifs en bénéficient et que sa durée est indépendante de la nature du travail, correspondant à une impossibilité de se livrer à ses activités quotidiennes.

- le taux d'invalidité permanente partielle (IPP) exprimé en pourcentage, il apprécie la réduction de la capacité physiologique, sans notion de profession, ouvrant droit à un capital ou une rente et l'adaptation d'une reprise d'emploi. L'indemnisation sera d'autant plus grande que le préjudice est important et que la victime est jeune.

Cette indemnisation prise en charge par les organismes sociaux (à la différence des systèmes privés comme aux Etats-Unis d'où le nombre plus important de procès et le surcoût des primes d'assurances) sera reversée à la sécurité sociale et donc déduite de la somme finale octroyée à la victime lors du recours exercé par celle-ci. Ce recours exercé par la sécurité sociale correspond à une source non négligeable de son financement.

### II.2.2 Le préjudice personnel

Il correspond aux frais restés à charge, à l'indemnisation des souffrances morales (quantum doloris), au préjudice esthétique et au préjudice d'agrément (activités personnelles, sportives ou de loisirs) dont la victime est dorénavant privée.

Les tribunaux ont tendance à augmenter ces sommes surtout quand les recours de la caisse absorbent la grande partie des fonds alloués au titre de l'IPP et de l'ITT. Car cette somme prenant en charge le préjudice personnel, elle, sera allouée complètement au patient. Il n'y a aucun prélèvement par la sécurité sociale.

Le dommage corporel sera donc réparé par équivalent, par une compensation monétaire, avec toute la difficulté d'apprécier en argent une matière telle que celle-ci.

Cette évaluation doit cependant être faite. Il faut pour cela que celui qui fixe ou qui propose le dédommagement, magistrat dans un cas dans le cadre d'une procédure judiciaire, assureur dans l'autre en vue d'accord amiable, s'appuie sur l'avis d'un médecin. C'est le rôle de l'expertise.

Hormis l'évaluation des préjudices les experts médicaux devront donner les éléments nécessaires à la caractérisation de la faute et à la recherche du lien de causalité.

## III LA RESPONSABILITE PENALE

Elle est mise en jeu quand un individu a commis une infraction : une contravention, un délit, un crime (du moins grave au plus grave), il en est très peu qui soit spécifique à l'exercice médical. On peut tout de même distinguer deux catégories

### -les fautes contre l'humanisme

violation du secret professionnel (en dehors des dérogations)  
abstention de secours à personne en péril

### -les atteintes à l'intégrité corporelle

-Celles impliquées par l'exercice médical en lui même dans un but thérapeutique et avec le consentement du patient. Dès que l'une de ces conditions manque, l'infraction est constituée.

-Celles qui sont involontaires constituent la majeure partie des infractions reprochées aux médecins. Il s'agit de l'homicide et des blessures causées par la maladresse, l'imprudence, la négligence ou l'inobservation des règlements, 221-6, 222-19, 222-20, du code pénal.

Il faut donc prouver l'existence d'une faute et d'un lien de causalité entre cette faute et le dommage .

## IV LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE

La faute disciplinaire est définie par tout manquement aux règles de déontologie médicale. Elle peut être sanctionnée par un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire ou permanente d'exercer des fonctions médicales dans le secteur public et social, l'interdiction temporaire d'exercer la médecine (3 ans au maximum), la radiation du tableau de l'ordre.

Comme tous les médecins, les médecins hospitaliers doivent respecter le code de déontologie et peuvent engager leur responsabilité disciplinaire.

## V LES PROCEDURES ADMINISTRATIVES

En matière administrative, il existe différents types de recours. En effet, à côté des recours juridictionnels (exercés près d'un juge administratif) il existe des recours non juridictionnels. On distingue ainsi les recours administratifs, la médiation, le règlement amiable et la conciliation, seul recours concerné par notre travail et que nous allons donc détailler.

## V.1 LES COMMISSIONS DE CONCILIATION

Au niveau hospitalier, depuis l'ordonnance du 24 avril 96 les commissions de conciliation ont été rendues obligatoires.

Cette commission est "chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose" (code de la santé publique article L 710.1.2). Elle est composée du président de la commission médicale d'établissement, d'un médecin conciliateur (médecin en exercice ou non, inscrit à l'ordre) et de son suppléant, d'un membre de la commission du service de soins infirmiers et de son suppléant, et d'un représentant des usagers. Elle doit établir un rapport annuel et assurer une permanence hebdomadaire.

Le patient ou ayant droit peut donc saisir la commission par écrit. Celle-ci rencontre alors le patient, avec son accord consulte le dossier et alors assiste, informe, oriente et conseille le patient soit vers une transaction amiable avec l'assureur, soit vers la voie de recours juridictionnelle compétente (pénale, disciplinaire ou administrative).

Le patient ou ayant droit est libre de suivre ou non le conseil de la commission.

## V.2 LA PROCEDURE ADMINISTRATIVE CONTENTIEUSE

Cette procédure administrative est particulière puisqu'elle va confronter un particulier et une collectivité publique et non pas deux particuliers. Ainsi les sources de la procédure administrative ne se trouvent pas uniquement dans les textes mais ont été définies largement par la jurisprudence.

### V.2.1 Les caractères généraux de la procédure

La procédure est de type inquisitoire car elle est essentiellement menée par le juge. Il fixe les dates d'audience.

La procédure administrative est écrite. Les échanges se font par le dépôt de mémoires. Le débat oral est relativement rare, mais lorsqu'il existe, les parties ou représentants ne peuvent qu'invoquer les moyens qu'ils avaient évoqués dans les mémoires écrits.

La procédure est non suspensive : le recours au juge n'a pas d'effet suspensif, ainsi la décision administrative continue à s'exercer. Il existe cependant des recours d'urgence permettant de palier à cette procédure.

## V.2.2 L'instance

Le recours doit être intenté par une personne ayant la capacité pour aller en justice et ayant un intérêt à agir.

La règle du recours administratif est celle de la décision préalable : le recours ne peut être exercé que contre une décision de l'administration prenant position sur une demande. Ainsi, le particulier doit préalablement s'être adressé à l'administration et ce n'est que le refus explicite ou implicite (absence de réponse dans un délai de 2 mois) qui peut être contesté près du juge administratif.

La saisine du tribunal se fait par voie de requête (et non par assignation comme dans la procédure civile). La requête doit être rédigée en français, signée et accompagnée des pièces justificatives et doit clairement contenir l'exposé des faits et des moyens, les conclusions, ainsi que le nom et la demeure des parties. Elle est adressée au greffe du tribunal au secrétariat du Conseil d'état.

Le juge administratif dirige le procès en transmettant des mémoires à chacune des parties et en impartissant des délais de réponse.

L'audience est publique. Le rapporteur présente un rapport objectif qui résume l'affaire. Les parties ou leurs avocats peuvent présenter des observations orales sans modifier leurs conclusions écrites. L'avocat de l'administration a la parole en dernier.

L'affaire est alors mise en délibéré. Ce dernier se fait en chambre du conseil et aboutit à la décision lue publiquement.

## V.2.3 Les voies de recours

### V.2.3.1 L'appel

Les jugements rendus en premier ressort peuvent faire l'objet d'un appel dans un délai de 2 mois à compter de la réception de leur notification. Cet appel n'est pas suspensif (il ne suspend donc pas l'effet du jugement) et présente un aspect dévolutif (le juge d'appel est saisi pour reprendre et juger l'intégralité du conflit).

### V.2.3.2 Le recours en cassation

Il ne s'agit pas d'un nouveau degré de juridiction, mais comme en matière judiciaire, ce recours tend à vérifier la conformité au droit d'un jugement de première ou de deuxième instance. Le Conseil d'Etat va donc seulement contrôler la légalité du jugement entrepris.

## VI LA PROCEDURE PENALE

Si la victime ou ayant droit désire engager une procédure pénale, elle porte plainte au commissariat ou auprès du procureur de la république par lettre simple ou courrier d'avocat. C'est le procureur qui décide des suites à donner :

soit il classe sans suite. La victime peut alors poursuivre la procédure en se portant partie civile. Dans ce cas l'instruction est ouverte sans que le procureur ne puisse l'empêcher. Si l'instruction ne se clôt pas par un non lieu, la juridiction de jugement aura à se prononcer non seulement sur la culpabilité du médecin mis en cause, mais aussi sur les dommages-intérêts dus par lui à la victime. Si la relaxe est prononcée, aucun dédommagement ne pourra être dû.

soit il renvoie directement l'auteur de l'infraction devant la juridiction.

soit il ouvre une instruction. Etape qui est la règle en matière médicale vu la complexité des dossiers. A l'issue de l'instruction, une ordonnance est rendue, soit de non lieu, soit de renvoi devant la juridiction compétente. Les contraventions sont jugées par le Tribunal de police, les délits par le Tribunal correctionnel, les crimes par la Cour d'assise.

Les jugements sont susceptibles de recours devant la Cour d'appel qui rejuge l'affaire sous tous ses aspects. Son arrêt peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant la Cour de Cassation qui elle vérifie l'exacte application du Droit compte tenu des faits établis par les précédentes juridictions.

## VII MODIFICATIONS APPORTEES PAR LA LOI DU 04 MARS 2002

La loi du 04 mars 2002 a fait évoluer les dispositifs. L'idée pratique est d'instituer une procédure de conciliation et d'indemnisation à un "guichet unique" à travers des commissions régionales.

Sur le plan procédural la loi fait une place importante à la procédure amiable afin d'essayer d'accélérer, de simplifier et de déjudiciariser les débats.

Les commissions de conciliation mises en place dans les hôpitaux en 1996 sont remplacées par des "commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge".

Ces dernières perdent leur fonction de conciliation pour se concentrer sur des fonctions en amont du contentieux : dialogue, régulation, information.

Le nouveau cadre législatif est très révélateur de l'évolution des relations médecins-institutions-malades. Il pose comme préalable à toute tentative de règlement amiable des litiges le principe d'une phase d'information. Un dommage quelqu'il soit ne doit pas être éludé, caché ou minimisé.

La fonction propre de conciliation est exercée sur un plan régional avec la création de "commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales". Celles-ci sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire. Elles siègent en formation dite de règlement amiable et ont pour mission la conciliation et l'expertise pré-contentieuse par collège d'experts indépendants. Ces opérations respectent le principe du contradictoire car elles se déroulent en présence des parties qui peuvent être assistées. Le coût de l'expertise sera probablement supporté par le responsable ou l'organisme indemnisateur. Les experts émettent un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable, ils ont donc un rôle d'aiguillage.

#### A L'avis établit une faute médicale

1. L'assureur fait une offre d'indemnisation (caractère prévisionnel avant la consolidation du préjudice), dans un délai de 4 mois suivant la réception de l'avis et visant la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garanti des contrats d'assurances :

-si la victime accepte, la proposition vaut transaction au sens de l'article 2004 du code civil et clôt le contentieux ;

-si la victime refuse, elle peut saisir le juge de droit commun qui, s'il estime que l'offre est insuffisante, condamne l'assureur à verser à l'Office national d'indemnisation (établissement public à caractère administratif, placé sous tutelle du ministère de la santé, chargé de procéder à l'indemnisation des préjudices découlant de la responsabilité sans faute des professionnels ou des institutions de santé) 15% de l'indemnité allouée en plus des dommages et intérêts dûs à la victime.

2. L'assureur nie sa responsabilité :

-soit il refuse de payer la victime et, dans ce cas l'Office paie et mènera une action récursoire contre lui ;

-soit il transige avec la victime et disposera d'un recours subrogatoire contre l'Office ou le tiers responsable.

#### B L'avis établit une absence de faute du médecin ou de l'établissement

L'Office, organisme clé de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, proposera une indemnisation au patient (compétence subsidiaire). La procédure est la même que pour l'assureur, avec une évaluation requise pour chaque chef de préjudice. Outre sa

compétence subsidiaire, l'Office a aussi une compétence supplétive, dans la mesure où il comble la carence totale ou partielle de l'assureur en cas de faute, si les plafonds de garantie sont atteints.

La responsabilité juridique de l'Office national est importante: il assure un rôle de contrôle et de suivi des propositions des commissions régionales et des assureurs.

Il est à noter que le décret d'application de cette loi du 04 mars 2002 n'a toujours pas été publié et il est possible que des modifications soient apportées.

## PRESENTATION DE L'ETUDE

### I INTRODUCTION

Les services d'urgences possèdent 2 principales missions.

La première est une mission de diagnostic et de traitement rapide de pathologies non programmées, pouvant ou non, entraîner le pronostic vital. La qualité des soins est alors un objectif prioritaire.

Mais il existe également une mission d'accueil avec donc une obligation de prise en considération de pathologies non urgentes, de problèmes psychologiques sociaux, de l'information aux familles.

Urgences et accueil sont devenus indissociables, et forment la vitrine sur laquelle se base bien souvent la réputation d'un centre hospitalier.

Notre étude a consisté à relever les plaintes des patients concernant le service d'accueil des urgences (SAU). Nous avons voulu ainsi savoir comment les plaintes étaient adressées ? Par qui ? A qui elles étaient destinées ? Quels étaient les griefs reprochés au SAU ? Si elles étaient nombreuses ? Comment elles étaient traitées ? Et si elles aboutissaient à des procédures administratives ou pénales ?

Par cette étude, nous avons donc voulu évaluer, à travers l'oeil des usagers, les points faibles du service, points faibles pouvant refléter des dysfonctionnements ayant potentiellement des conséquences sur le devenir des patients.

Cette évaluation des dysfonctionnements permet donc de dégager des objectifs de travail à plus ou moins long terme dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité des soins.

Le second grand objectif de cette étude est de dégager les grandes raisons du mécontentement des usagers, des différentes voies qu'ils ont à leur disposition pour exprimer ce mécontentement, et d'évaluer alors les différentes possibilités du règlement de la plainte.

## II METHODES

Cette étude rétrospective a pu être effectuée grâce aux dossiers archivés au secrétariat du service et accueil des urgences (SAU).

En effet toutes les lettres adressées par des patients mécontents sont conservées. Presque toujours, ces plaintes réalisent de véritables dossiers constitués non seulement de la lettre initiale mais aussi de courriers d'avis, d'enquêtes demandées par le directeur du CHU ainsi que des réponses adressées au patient.

Les dossiers ainsi étudiés s'étendent du dernier trimestre 1997 à fin 2001.

Le nombre de lettres s'élevaient à 122; 103 ont été retenues, les 19 autres ont été exclues de l'étude pour différentes raisons : 9 d'entre elles étaient en fait destinées au service d'hospitalisation à proprement dit, ayant succédé le SAU, 10 étaient inexploitable soit par manque d'information soit par le contenu en lui-même (courrier entre médecins du CHU, lettre incohérente).

Après plusieurs lectures, une fiche d'analyse a été constituée permettant de recueillir différentes données.

Des données informatives : la date d'expédition de la lettre, le délai par rapport au passage au SAU, l'expéditeur, son origine géographique, son rapport avec le patient (lui-même ou un tiers), l'heure d'admission au SAU (heure ouvrable ou heure de garde), le destinataire de la lettre et les services concernés.

Dans un second temps nous avons essayé de dégager la nature de la plainte en extrayant tels quels les multiples griefs reprochés, en reprenant les propres expressions transcrites par les patients, sans recul ni souci d'analyse et de voir à quelle catégorie du personnel soignant ces reproches étaient adressés.

Puis nous avons regroupé de façon objective les différents motifs autour de 4 principaux items : problème de prise en charge globale au SAU (estimation d'avoir reçu de mauvais soins, d'avoir mal été orienté), remise en cause du diagnostic, contestation financière et problèmes d'accueil (attente, relations).

Enfin nous avons étudié les suites de ces plaintes et leur mode de règlement. Celui-ci pouvant être à l'amiable via la commission de conciliation ou directement par l'intermédiaire du chef de service des urgences (échange écrit ou oral avec le patient) mais aussi les quelques cas se dirigeant vers les tribunaux.

### III FICHE D'ANALYSE

#### Données informatives :

date, délai par rapport au fait, heure d'admission  
 expéditeur : nom, origine géographique, liens par rapport au patient (lui-même, époux, enfant, parent, frère soeur, ami, patient)  
 destinataire : directeur du CHU, trésorerie, responsable des urgences, élus  
 service concerné : urgences chirurgicales, médicales, lits porte

#### Nature de la plainte :

attente, compétence, examen clinique insuffisant, excessif  
 comportement humain : indifférence, agressivité, impolitesse  
 examen paraclinique insuffisant, excessif  
 manque d'information : sur la pathologie, les soins, le devenir  
 manque d'intimité, soucis de brancardage et des transports ambulanciers  
 manque de confort, locaux vieillissants  
 refus d'hospitalisation

#### Personnel concerné :

médecin : urgentiste, chirurgien, médecin de garde, interne, externe  
 infirmières, hôtesse d'accueil

#### Motifs de la plainte :

problème d'accueil  
 contestation financière  
 remise en cause du diagnostic  
 prise en charge globale

#### Devenir du patient :

sortie volontaire  
 recours au système de santé privé

#### Règlement de la plainte :

réponse administrative  
 réponse écrite du chef de service des urgences  
 rencontre patient/chef de service  
 intervention du médiateur  
 action en justice

## IV RESULTATS

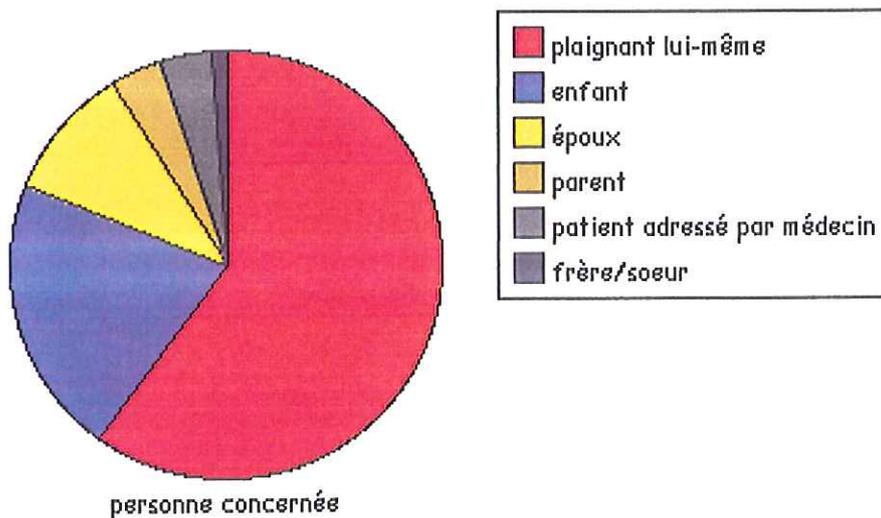
Le nombre total de dossiers retenus est donc de 103; 9 en 1997 (dernier trimestre), 31 en 1998, 23 en 1999, 20 en 2000 et 20 en 2001

Délai moyen = 26 jours.

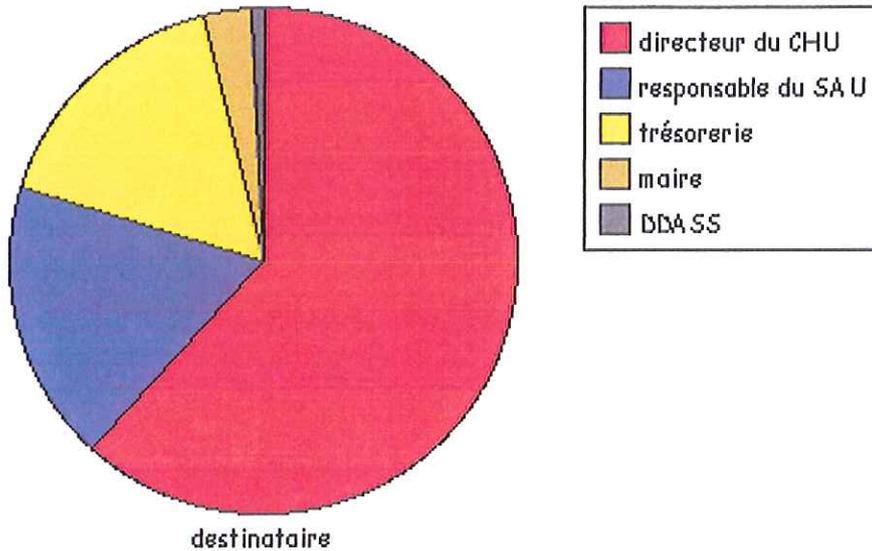
Heure d'admission: 55,3% pendant les horaires de gardes  
12,6% aux heures ouvrables  
32,1% celle-ci n'a pu être déterminée.

Répartition géographique: Angers pour 34,95%  
périphérie : 12,6%  
Maine et Loire : 30%  
région Pays de Loire : 4,85%  
reste de la France : 9,7%

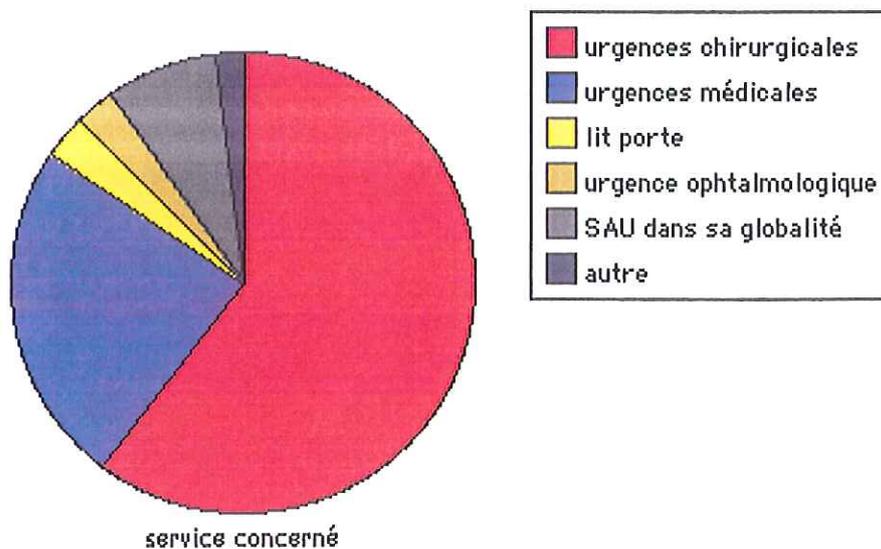
Personne concernée: plaignant lui-même : 58,25%  
enfant : 20,4%  
époux : 9,7%  
parent : 3,9%  
patient (adressé par médecin) : 3,9%  
frère/soeur : 0,97%



Destinataire : directeur du CHU : 62,13%  
 responsable du SAU : 18,4%  
 trésorerie : 16,5%  
 maire : 2,9%  
 DDASS : 0,97%



Service concerné: urgences chirurgicales : 60,19%  
 urgences médicales : 24,27%  
 lit porte : 2,9%  
 urgence ophtalmologique : 2,9%  
 autre : 1,9%  
 SAU dans sa globalité : 7,7%



Nature de la plainte : attente : 47,57%

compétence : 32%

comportement humain : 32%

examen paraclinique insuffisant : 15,53%

manque d'information : 13,6%

confort, locaux : 12,63%

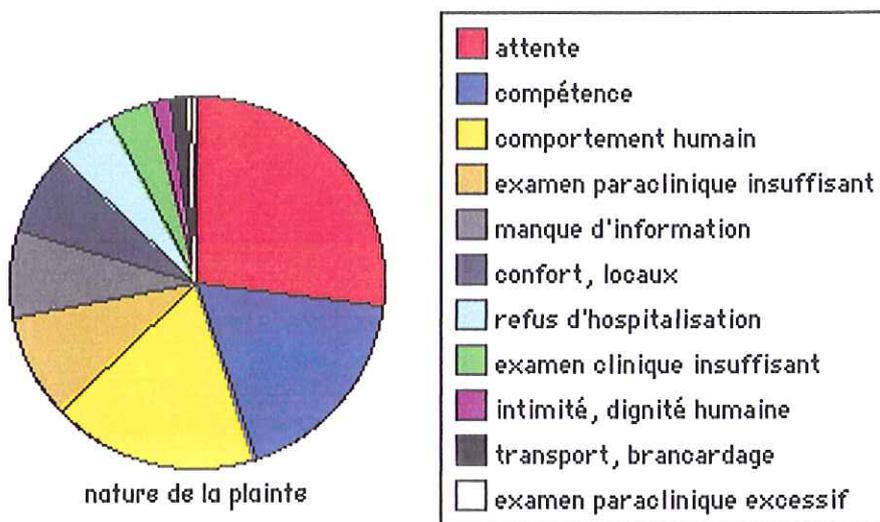
refus d'hospitalisation : 9,7%

examen clinique insuffisant : 6,8%

intimité, dignité humaine : 2,9%

transport, brancardage : 2,9%

examen paraclinique excessif : 0,97%

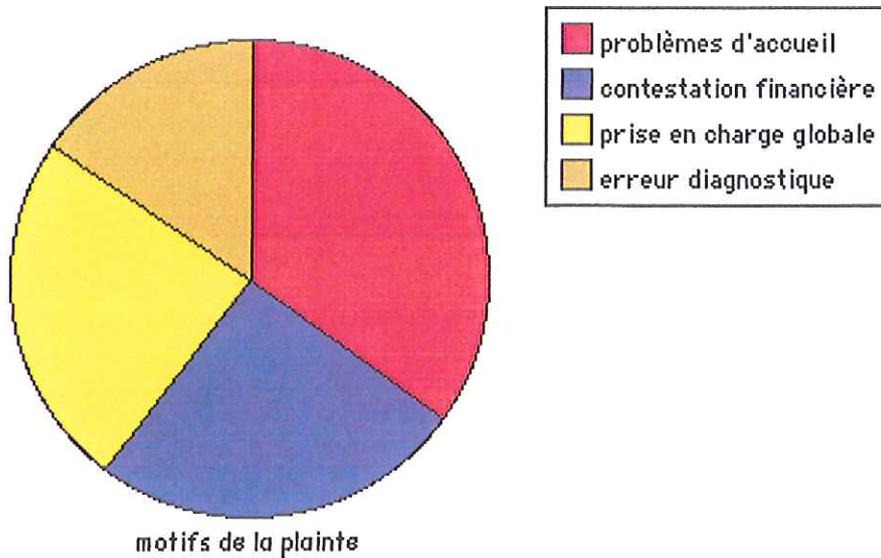
Personnel concerné : sans précision (organisation, service public) : 53,4%

médecins, chirurgiens, étudiants : 38,8%

infirmiers, aide-soignants, brancardiers : 3,88%

hôtesse d'accueil : 3,88%

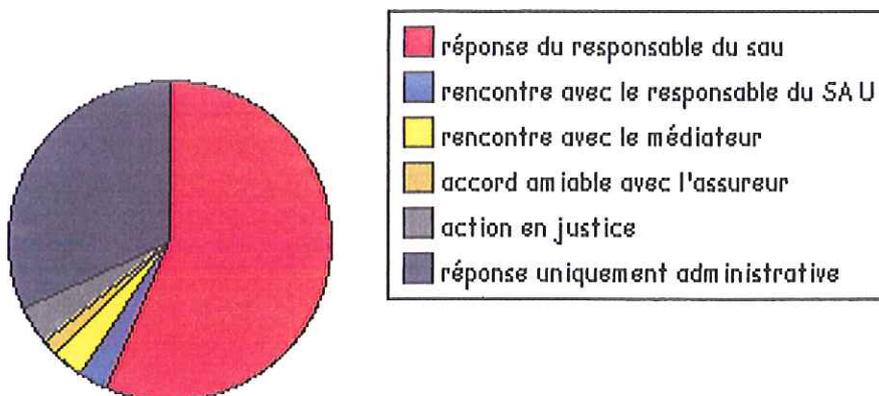
Motifs de la plainte : problèmes d'accueil : 34,95%  
 contestation financière : 25,24%  
 prise en charge globale : 24,27%  
 remise en cause du diagnostic : 15,53%



Devenir du patient : recours au système de santé privé : 33,98%  
 sortie volontaire : 10,67%

Traitement de la plainte : réponse administrative : 100%  
 règlement par réponse écrite du responsable du SAU : 67,96%  
 règlement par rencontre avec celui-ci : 2,91%  
 règlement par intervention du médiateur : 2,91%  
 contentieux réglé à l'amiable avec l'assureur : 1,97%  
 action en justice : 3,88%

règlement des plaintes



## DISCUSSION-ANALYSE

### I LE SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCES D'ANGERS

Avant de pouvoir analyser les données, il semble opportun de présenter le SAU et de prendre connaissance de son bilan d'activité.

Il faut tout d'abord préciser que outre les urgences adultes, le SAU prenait également en charge les urgences chirurgicales pédiatriques jusqu'au 22 avril 1998, date à laquelle elles ont été rattachées à l'accueil médical pédiatrique préexistant.

Néanmoins quelques enfants (345 en 1999, 240 en 2000 et 219 en 2001) ont encore été pris en charge par le SAU après cette date.

Le SAU est donc divisé en 3 secteurs : un accueil chirurgical, un accueil médical et un service d'hospitalisation de courte durée appelé lit porte.

L'orientation entre l'accueil chirurgical et médical se fait par une infirmière de tri dans un SAS entre le hall d'accueil et les services ; infirmière qui d'après le motif d'admission et des critères cliniques (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire, intensité de la douleur) doit également évaluer le degré d'urgence permettant une hiérarchisation dans la rapidité de la prise en charge par l'équipe médical en aval.

Le nombre d'admission est comme dans tous les services d'urgences en constante augmentation. Il s'élevait à 43028 en 2001, 41911 en 2000, 41353 en 1999 alors qu'il était de 34265 en 1991 et de 21561 en 1976. La proportion entre l'activité chirurgicale et médicale tend à s'égaliser. En effet, alors qu'en 1991, 65% des admissions étaient chirurgicales, le pourcentage en 1999 et 2000 est de 53 et de 51 en 2001, avec des chiffres en valeurs absolues qui augmentent plus rapidement pour les admissions médicales que chirurgicales.

## II EVOLUTION DU NOMBRE DE LETTRES

Les chiffres fournis par la direction des usagers (voir tableau récapitulatif page suivante) sont légèrement différents de ceux retrouvés dans notre étude. Il faut rappeler que nous avons exclu certaines lettres et d'autre part, certaines lettres directement adressées au SAU ne sont pas prise en compte par la direction des usagers.

Grâce à ce tableau des plaintes, des contentieux et de leur coût, nous pouvons constater que le nombre de lettres adressées au SAU est relativement stable alors que sur l'ensemble du CHU, après une nette augmentation dans le milieu des années 90 il semble également se stabiliser.

Hormis cette stabilisation en valeur absolue il existe également une stabilisation de la proportion des plaintes adressées au SAU par rapport aux autres services du CHU.

En effet, en 1998, 17,86% des lettres de plainte étaient destinées au SAU, 19,32% en 1999, 17% en 2000 et 15% en 2001.

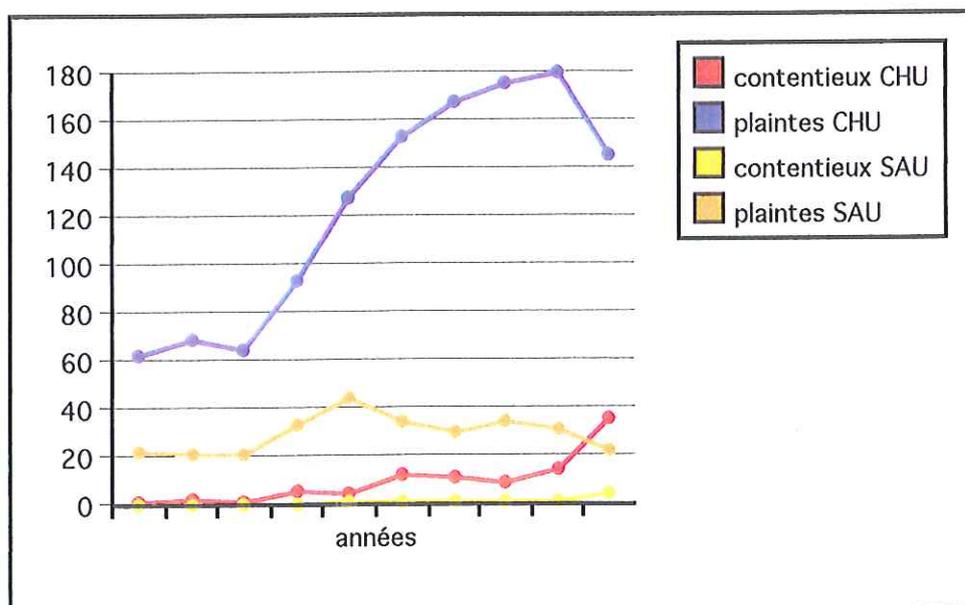
Il est à noter que parallèlement à cette stabilisation des lettres de plainte, il y a une nette augmentation du contentieux sur l'ensemble du CHU, avec une faible participation du SAU. En effet alors qu'en 1997 il y avait 12 contentieux (2 fois plus qu'en 96 et qu'en 95) sur l'ensemble du CHU, dont un au SAU, pour 153 lettres de plainte ; en 2001 le nombre passait à 36, 4 au SAU, pour 146 plaintes.

Il semble donc que le patient ne cherche pas à avoir de plus amples informations ou à traiter de façon amiable, mais souhaite d'emblée s'engager dans une procédure judiciaire. Cette tendance à l'augmentation du contentieux et à la baisse du règlement amiable est confirmée dans la littérature (1-2).

Une des vocations de la loi du 04 mars 2002 est d'inverser cette tendance et, au contraire, de faciliter un règlement amiable des contentieux.

L'inflation du coût de l'indemnisation est également frappante. En effet, alors qu'en 92 il s'élevait à moins de 50000 francs, il n'a cessé de croître pour approcher les 500000 francs en 97 et même dépasser le million en 98 (dernier chiffre en date connu). On peut noter que la part imputée au SAU est très faible.

ANNEES	PLAINTES CHU	PLAINTES SAU	CONTENTIEUX CHU	CONTENTIEUX SAU	COUT CHU (francs)	COUT SAU (francs)
1992	62	22	1	0	300000	0
1993	69	21	2	0	850000	0
1994	65	21	1	0	2276748	0
1995	93	33	6	0	2740000	0
1996	128	44	5	1	3210000	33000
1997	153	35	12	1	4067000	490000
1998	168	30	11	1	10738000	126000
1999	176	34	9	1	inconnu	inconnu
2000	180	31	15	1	inconnu	inconnu
2001	146	22	36	4	inconnu	inconnu



TABLEAUX DES PLAINTES, DES CONTENTIEUX ET DE LEUR COUT  
SUR L'ENSEMBLE DU CHU ET PROPRES AU SAU  
d'après les chiffres de la direction des usagers

### III HEURE D'ADMISSION

Plus de la moitié des lettres adressées au SAU le sont pour des patients admis pendant des heures de garde. Heure de garde où l'effectif du personnel est réduit et pendant lequel bien souvent la prise en charge des urgences est quasi exclusivement assurée par le service public.

Deux facteurs entraînant inévitablement une augmentation du délai de prise en charge et donc du mécontentement du patient ou de son entourage.

Le manque d'effectif et la surcharge de travail sont d'ailleurs évoqués dans 3 lettres.

De plus l'accueil se fait préférentiellement par les internes, médecin en formation, manquant parfois d'expérience et pas toujours épaulé par un senior, en particulier à l'accueil chirurgical où le senior peut ne pas être disponible car occupé au bloc opératoire. Les textes rendant obligatoire la seniorisation des gardes sont tout à fait louables, mais malheureusement les moyens pour les appliquer ne sont pas assez importants.

Or le secteur chirurgical représente la majorité des erreurs diagnostiques (dans notre étude, il représente même la totalité des erreurs) et H R GULY montre que 85% des erreurs sont faites par ces médecins en formation (3). Nous y reviendrons dans le chapitre consacré aux erreurs diagnostiques.

### IV PERSONNE CONCERNEE

La lettre est adressée par le patient lui-même dans la grande majorité (58,25%), dans 35% il s'agit d'un membre de la famille dont un parent dans 58%. L'écriture d'une lettre de plainte par un tiers peut être un moyen pour celui-ci de déculpabiliser. Il a ainsi l'impression de se rendre utile, d'aider son proche. Quatre lettres ont été adressées par des médecins mécontents de la prise en charge de leur patient qu'ils avaient adressé.

## V DESTINATAIRE

Les lettres sont pour 62,13% adressées au directeur du CHU qui dans un second temps les fait suivre au responsable du SAU. Seulement 18% des lettres lui sont directement adressées. La trésorerie, elle, reçoit 16,5% des lettres. En fait, toutes ces lettres sont secondaires à, soit un rappel pour un impayé, soit à la réception d'une facture dont le patient conteste le montant. Le détail de ces contestations financières sera étudié ultérieurement. Quatre lettres étaient adressées au maire, au ministre de la santé ou à la DDASS, aspect révélant l'insertion du SAU au service public.

## VI SERVICE CONCERNE

Une grande majorité (60,19%) concerne l'accueil chirurgical alors que la part de l'activité chirurgicale tend à s'égaliser avec celle médicale. Il y a plusieurs facteurs expliquant cette prépondérance.

Comme nous l'avons évoqué précédemment et le verrons plus longuement par la suite c'est ce secteur qui regroupe une très grande majorité des erreurs diagnostiques. De plus les patients admis à l'accueil chirurgical sont plus jeunes qu'à l'accueil médical et donc très probablement plus exigeants et revendicatifs. En outre, l'équipe chirurgicale pouvant être occupée au bloc opératoire, le délai de prise en charge peut vite s'allonger.

Trois lettres étaient destinées implicitement au chirurgien ophtalmologiste, toutes concernaient des plaintes sur le comportement de l'interne de garde.

Trois lettres étaient destinées au service d'hospitalisation du SAU, une portait sur le manque d'intimité dans la chambre, une autre sur le manque de confort et sur les locaux et une autre sur le manque d'information pendant son temps d'hospitalisation.

## VII MOTIFS DE LA PLAINTE

### VII.1 ACCUEIL

Dans 36 lettres, soit près de 35%, le patient ou son entourage écrit pour se plaindre de l'accueil qu'il a reçu au SAU.

C'est dans ce groupe que l'on retrouve les problèmes d'attente, de comportement humain, du manque d'informations.

#### VII.1.1 Les délais d'attente

L'attente est un problème existant dans tous les services d'urgence qui accueillent un nombre croissant de patients sans que les effectifs et les locaux croissent au même rythme.

Il existe un premier temps d'attente, c'est celui entre l'admission et le premier examen médical, qui lui est difficilement calculable. Il est bien sûr dépendant du degré d'urgence quantifié par l'infirmier d'accueil. C'est dans ce cadre que certains patients venus non pour une vraie urgence s'indignent des délais avant de voir un médecin et parfois même repartent sans avoir eu de consultation. Là encore le rôle de l'information est primordial.

En outre les patients comprennent difficilement que de toute façon il y a un temps incompressible après la prise en charge par un médecin.

Ce délai correspond à l'attente des résultats biologiques, à l'obtention des examens radiologiques, d'un avis spécialisé puis au délai pour obtenir une place dans un service et enfin celui pour obtenir le transport par ambulance dans un centre hospitalier pavillonnaire comme Angers. Cette durée moyenne au SAU pour un patient hospitalisé est de 4 heures et de 2 heures pour celui vu en consultation externe. Ce temps d'attente après le premier examen médical est difficilement modifiable mais il peut par contre être expliqué au patient qui comprendra alors plus facilement pourquoi il doit patienter.

Un patient s'insurgeait d'être resté 6 heures sur son brancard inconfortable à attendre les ambulances, alors qu'il était venu par ses propres moyens, pour un transfert en cardiologie, en outre sans avoir eu de collation. Le rôle du personnel soignant est ici capital pour informer le patient, expliquer ces délais, et rendre son attente le moins pénible possible.

Celle-ci pourra également être améliorée en informant la famille et en l'invitant à tenir compagnie au patient une fois les premiers soins effectués. C'est une demande fréquente dans les lettres qui semble tout à fait légitime.

Outre la présence rassurante d'un être cher à ses côtés diminuant cette

sensation d'attente et d'angoisse, le tiers peut apporter au médecin des précisions sur l'anamnèse de la pathologie et parfois sur les antécédents médicaux, éléments bien utiles à la démarche diagnostique et thérapeutique. Cette attente peut parfois déboucher sur la sensation d'indifférence, de non prise en compte par le personnel soignant d'une urgence véritable qui est un facteur aggravant de mécontentement.

Nous constatons également que ce sentiment d'attente, exprimé dans 49 lettres, est un amplificateur et parfois un déclencheur du mécontentement et du passage à l'écriture d'une lettre de plainte. Il ne fait qu'augmenter l'angoisse du patient et de la famille.

### VII.1.2 les problèmes relationnels

Trente trois lettres expriment une plainte vis à vis du comportement du personnel soignant. Il s'agit souvent de sensation d'indifférence, du manque de compréhension et parfois d'agressivité verbale.

Les patients viennent au SAU avec une souffrance, physique ou psychique, et s'attendent à ce que celle-ci soit entendue et soulagée rapidement. L'émotion de l'hospitalisation et l'angoisse de la maladie accroissent la sensibilité du patient qui devient plus réceptif au comportement du personnel.

Si celui-ci reste critiquable dans de nombreux dossiers, il peut parfois s'expliquer par la surcharge de travail, la fatigue, la lassitude et le manque de reconnaissance.

Certaines attitudes comme le fait de parler ou rire dans les couloirs peuvent être mal interprétées et prises pour de l'indifférence.

Certains patients ont eu l'impression d'être pris pour un numéro et non pour une personne et que leur souffrance n'a pas été prise en considération.

### VII.1.3 le manque d'information

Quatorze lettres, elles, regrettent le manque d'informations.

Cela peut être sur la pathologie elle-même, sur le résultat des examens paracliniques, sur le devenir du patient ou sur la surveillance ultérieure.

Outre ces 14 lettres où le plaignant parle lui-même du manque d'informations, nous constatons que dans de nombreux dossiers c'est ce manque d'informations, de communication entre soignant et soigné qui est à l'origine de la plainte.

Nous n'insisterons jamais assez sur le caractère primordial de cette information qui d'ailleurs fait partie intégrale de l'acte médical, et qui dans de nombreux cas peut être un rempart à ces lettres de plainte.

#### VII.1.4 les locaux

Sept lettres regrettent la vétusté des locaux, le manque de confort des brancards (renforcé par l'attente). Pour 3 autres les locaux ne permettent pas une intimité suffisante et remettent même en cause leur dignité humaine.

De ces lettres adressées pour des problèmes d'accueil, le SAU a su se servir pour essayer d'améliorer les choses et de demander des moyens supplémentaires l'administration.

Ainsi un emploi jeune a été créé pour faire le lien entre les familles dans le hall d'accueil et les patients, ainsi que la pose d'un bracelet d'identification chez les personnes démentes.

#### VII.2 CONTESTATIONS FINANCIERES

Vingt-six lettres, soit un quart, concernent une contestation financière.

Six d'entre-elles ont été écrites par des patients ayant reçu une facture pour une consultation qu'il n'avait pas eu. En effet ils ont été enregistrés mais du fait d'une attente trop longue sont partis avant d'avoir été examinés par un médecin. Après consultation du SAU l'administration a donc accepté le non paiement de ces factures.

Deux autres ont également abouti à un accord de l'administration. La première correspondait à un patient reconvoqué le lendemain pour une opération d'un pouce et qui finalement a dû être transféré vers un établissement privé ; la deuxième à un patient qui avait également dû aller dans le privé après une mésentente avec l'interne d'ophtalmologie de garde.

Les 18 autres contestations ont été refusées par l'administration et ont été réglées par les patients.

Cinq correspondent à des patients estimant avoir eu de mauvais soins :

- 2 personnes venues pour sciatique sans indication chirurgicale posée au SAU puis opérées ensuite dans un établissement privé

- 1 personne dont on a refusé l'hospitalisation

- 1 personne qui devait avoir une consultation de suivi en chirurgie et qui n'a jamais reçu de convocation

- 1 personne ayant reçu de la xylocaïne dans l'oeil lors d'un soin et qui voulait voir un ophtalmologiste

Huit correspondent à des patients estimant ne pas avoir eu de consultation alors qu'à la lecture du dossier ils ont bien vu un médecin et même s'il n'y a pas eu d'examen clinique complet il y a eu consultation avec conseils. Dans 5 de ces lettres les patients disent n'avoir vu que des étudiants, externe ou interne, et donc n'estiment pas à avoir à payer une consultation médicale.

Deux concernaient une consultation requise par la police nationale.

Deux ne voulaient pas payer car ils s'insurgeaient de l'accueil qu'on leur avait fait en étant indifférent à leur problème et accusaient le personnel soignant d'avoir été agressif verbalement.

Une personne était retournée à domicile, après une crise de tétanie, en taxi qu'elle avait dû payer et donc estimait qu'elle avait déjà assez payé.

Près du tiers de ces contestations sont donc justifiées et l'erreur de facturation est admise par l'administration. La grande majorité (6 sur 8) est la conséquence d'une attente trop importante.

Les deux tiers restant ne sont pas justifiés et correspondent pour le patient, à un moyen d'exprimer sa plainte, son mécontentement. Ils refusent de payer car ils estiment avoir eu de mauvais soins, ont eu des problèmes relationnels. La moitié de ces réclamations non justifiées est la conséquence de patients estimant ne pas avoir eu de consultation médicale. Il est vrai que parfois il est bien difficile de mettre un statut à une personne en blouse blanche. C'est pourquoi il est nécessaire de se présenter avant d'examiner un patient et de porter sur soi un moyen d'identification comme un badge avec nom et fonction.

### VII.3 PRISE EN CHARGE

C'est dans cet item que nous retrouvons toutes les critiques sur la compétence et certaines sur le manque d'examen paraclinique et le refus d'hospitalisation.

#### VII.3.1 La compétence

Dans 33 lettres (32%) les patients mettent en cause la compétence du personnel soignant. Si ils emploient le terme de compétence à proprement dit dans un tiers des lettres, dans les 2 tiers restant c'est sous entendu en évoquant le manque d'expérience du personnel ou estimant avoir reçu de mauvais soins.

Parfois effectivement il semble avoir eu un défaut de prise en charge :

- absence d'immobilisation du membre inférieur après une entorse du ligament croisé antérieur ;
- absence d'anticoagulation chez un patient ayant un membre inférieur immobilisé

Mais très souvent ces critiques sur la compétence sont abusives.

En fait on s'aperçoit que dans la plupart des dossiers c'est le manque d'informations qui entraîne ces critiques. Notons encore une fois que l'attente semble amplifier cette impression d'incompétence.

Ce manque d'information apparaît à plusieurs niveaux :

a-les difficultés diagnostiques. Il faut savoir expliquer pourquoi le diagnostic n'est pas toujours immédiat et demande parfois un temps de recul, d'observation et qu'il est souvent plus aisé à posteriori. Le personnel soignant doit pouvoir expliquer qu'à un certain temps t et avec les moyens dont il dispose, il ne sait pas de quelle affection souffre le patient, mais que selon l'évolution il ne faudra pas hésiter à reconsulter. L'exemple type est cette femme qui se plaignait de douleurs pelviennes pour lesquelles elle a bénéficié d'une échographie qui s'est avérée normale et qui 1 mois plus tard a dû subir une intervention pour nécrose ovarienne sur kyste dermoïde. Il n'y avait pas eu d'incompétence, cela semble l'évolution "naturelle" de la maladie mais si on lui avait dit de reconsulter si les douleurs persistaient, peut-être aurait-on pu éviter une nécrose ovarienne. Il faut savoir insister sur le suivi, c'est également primordial en ce qui concerne le prochain niveau de manque d'information.

b-les complications éventuelles de la pathologie elle-même et de la surveillance nécessaire. Dans 4 lettres les patients se plaignaient d'avoir eu des complications suite à des plaies (infections, reprise chirurgicale). Il est absolument nécessaire d'informer les patients sur ces éventuelles complications et une fois encore d'assurer un suivi. Dorénavant, comme pour la surveillance des plâtres ou des traumatismes crâniens, il existe une feuille de surveillance des plaies distribuées au patient.

c-les complications dues au traitement ou aux actes de soins. Une patiente, venue dans un premier temps pour des céphalées puis retournée à domicile (ponction lombaire normale), a dû revenir le lendemain pour un syndrome post PL. On n' a pas su lui expliquer qu'il s'agissait d'un effet secondaire possible et elle a écrit pour se plaindre de l'incompétence des soignants.

d-les difficultés dues au manque de moyens. 4 patients ont écrits suite à des transferts vers le système privé car le bloc opératoire n'était pas disponible. Une mère s'est plainte car son enfant adressé pour une appendicite a été opéré 12h plus tard, délai pendant lequel cela s'était transformé en péritonite.

Toutes ces critiques sur la compétence sont donc rarement justifiées et reflètent bien souvent une incompréhension par manque d'explication, d'information. La présence de jeunes étudiants que sont les externes mais aussi parfois les internes, augmentent ce sentiment d'incompétence. En effet les patients estiment qu'ils sont trop jeunes pour pouvoir prendre des décisions, qu'ils manquent d'expérience professionnelle.

Il est à noter que parfois, la prise en charge pouvant être différente dans le système privé, le sentiment d'incompétence rencontré à l'hôpital est renforcé. Cette différence de prise en charge sert également de justificateur des plaintes concernant les 2 paragraphes suivant.

### **VII.3.2 Examen paraclinique insuffisant**

Pour un tiers des cas ce sont les patients eux-même qui ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas eu de bilan radiologique. Ils se sont présentés de leur propre chef au SAU suite à un traumatisme dans le but d'avoir un bilan radiologique, bilan qui n'a pas été jugé nécessaire par le médecin du SAU, parfois à tort. Nous en reparlerons en détail dans le chapitre consacré aux erreurs diagnostiques.

Pour les 2/3 restant, les patients ont été envoyés au SAU par leur médecin traitant pour un bilan radiologique et/ou échographique. Or le médecin du SAU n'a également pas jugé nécessaire d'effectuer ce bilan. C'est le cas de radiologie du crâne suite à un traumatisme crânien, d'échographie musculaire suite à un traumatisme, d'échographie doppler des membres supérieurs ou inférieurs dans des suspicions de thrombose veineuse.

Là encore il faut expliquer que ces examens ne sont pas forcément disponibles en urgence, qu'ils ne sont pas indispensables car ils ne vont pas obligatoirement changer la conduite thérapeutique en urgence.

Il est important de faire comprendre au patient que la démarche diagnostique peut être différente entre le système privé et public.

### VII.3.3 Refus d'hospitalisation

Dans 10 lettres les patients ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas été hospitalisés. D'autant plus que parmi eux, 5 étaient adressés par leur médecin traitant.

Encore une fois ils ont du mal à accepter la différence de prise en charge, surtout que 4 d'entre eux ont été hospitalisés en privé dans les jours suivants (3 patients souffraient de lombalgies et un de dépression).

Il est à noter que ces 5 patients avaient des rendez-vous de consultation en externe dans les jours suivants. Soit l'on avait estimé que la prise en charge ne nécessitait pas une hospitalisation en urgence, soit celle-ci était impossible par manque de lit disponible.

Parmi les 5 autres dossiers, une lettre était adressée par la fille d'une patiente institutionnalisée. Celle-ci était en fin de vie et a été renvoyée en maison de retraite où elle est décédée quelques jours plus tard. La fille était choquée de ce retour à domicile, sa lettre de plainte peut être considérée comme partie intégrante de son travail de deuil.

Les 4 autres lettres ont été envoyées par des patients retournés chez eux suite à :

- une crise de tétanie ;
- une agression (pour 2 patients, qui étaient fortement choqués psychologiquement) ;
- des lombalgies.

### VII.4 ERREURS DIAGNOSTIQUES

Notre étude a recensé 16 erreurs diagnostiques, toutes sans exception concernent le secteur chirurgical. Cela représente donc 0,02% des entrées chirurgicales, chiffre comparable à celui retrouvé dans l'étude anglo-saxonne réalisée par H R GULY (4). Néanmoins on peut raisonnablement penser que notre étude sous estime ces erreurs diagnostiques. En effet il y a un biais au niveau du recensement puisqu'il s'agit uniquement des erreurs diagnostiques découvertes suite à une lettre de mécontentement d'un patient et on peut penser que certaines erreurs n'ont pas entraîné l'envoi de lettres.

Un travail effectué sur 15 ans (de 1976 à 1991) dans ce même service a recensé 40 erreurs dont 37 concernaient le secteur chirurgical (5). C'est donc dans ce secteur d'activité qu'il faut concentrer les efforts pour essayer de diminuer ces erreurs diagnostiques.

Après les avoir détaillées, nous essayerons de comprendre pourquoi elles ont été commises et comment elles peuvent être limitées au maximum.

#### VII.4.1 Erreurs cliniques

Huit erreurs, soit 50%, sont dues à des erreurs cliniques.

Pour 3 d'entre elles le patient se présentait pour un syndrome abdominal douloureux. Le diagnostic évoqué a été une oesophagite, un ulcère et une constipation alors qu'il s'agissait respectivement d'une pancréatite associée à une angiocholite, d'une cholecystite lithiasique et d'une péritonite. Aucun examen complémentaire n'avait été jugé nécessaire, les 3 patients ont été opérés dans d'autres établissements le lendemain ou surlendemain. Il est à souligner que l'un d'entre eux s'est représenté au SAU 12 h après sa première admission devant l'absence d'amélioration clinique, mais malheureusement l'infirmière d'accueil n'a pas jugé nécessaire une nouvelle admission.

Pour 4 dossiers il n'a pas été jugé nécessaire de demander un bilan radiologique après des traumatismes. Le diagnostic a été une contusion alors qu'il s'agissait de fracture : de jambe (2 dossiers), de scaphoïde et de trochiter huméral. Les 2 fractures de jambe non diagnostiquées concernaient 2 patients polytraumatisés.

Le dernier dossier est une section tendineuse (extenseurs du pied) non vue à l'exploration effectuée sous anesthésie locale.

Dans ces huit dossiers le diagnostic n'a donc pas été fait initialement suite à une mauvaise évaluation clinique.

L'état clinique du patient semblait justifier des examens complémentaires dans 6 de ces dossiers, examens non réalisés au SAU mais dans un second temps dans des établissements privés où le patient avait alors eu recours. Pour ces 6 patients ces examens complémentaires ont considérablement modifié leur prise en charge puisque 3 d'entre eux ont dû être opérés et les 3 autres ont eu une immobilisation d'un membre.

Un seul dossier (la fracture du scaphoïde) a entraîné un contentieux, en cours de règlement amiable avec l'assureur du CHU.

La décision de faire des examens complémentaires ou non doit être basée sur un bon interrogatoire et un examen clinique rigoureux. En aucun cas des considérations financières ou de perte de temps ne doivent rentrer en ligne de compte dans la décision. Il faut être en particulier attentif chez les polytraumatisés, où la multitude des fractures peut rendre l'examen difficile. L'examen doit être effectué de façon systématique et ainsi permettre de formuler une demande d'examen complémentaire ciblée et motivée.

Il faut savoir réévaluer l'état clinique du patient, se remettre en cause et laisser ses à priori de côté devant des patients exprimant leur souffrance de façon exubérante ou paraissant surdimensionnée. En effet dans 3 dossiers la douleur du patient ne semble pas avoir été suffisamment prise en compte. Même si la surcharge de travail, la fatigue, la lassitude peuvent participer à l'explication de ce manque d'écoute, il est primordial de ne pas sous estimer la souffrance des patients.

Si la décision de ne pas effectuer d'examens complémentaires était basée sur des évidences cliniques, on peut penser que ces erreurs diagnostiques seraient en diminution (6).

Sept de ces erreurs, soit 87,5%, ont été faites pendant les heures de garde. Comme nous l'avons déjà évoqué, ce sont les internes qui prennent en charge le malade durant ces gardes, sans toujours avoir la possibilité de recourir à un avis auprès d'un senior. De plus l'accueil chirurgical est assuré en première ligne par un interne en médecine générale qui par définition n'a pas une formation chirurgicale poussée. Il est donc absolument nécessaire de former rapidement ces résidents en chirurgie générale avant de les laisser assurer une garde d'accueil. Et peut-être pourraient-ils être secondés par un senior ou par un interne ayant déjà une certaine expérience, pendant leurs premières gardes, comme cela se fait sur le continent Nord Américain.

En outre les patients se présentant la nuit sont souvent plus difficiles à prendre en charge. Ils peuvent être alcoolisés et donc plus agressifs. Ce qui bien sûr complique le travail des soignants, rend l'examen clinique moins facile. La démarche diagnostique et thérapeutique peut donc être plus difficile.

#### **VII.4.2 Examens complémentaires normaux initialement**

Dans 4 dossiers (25%) l'examen clinique a été correct permettant une demande de clichés radiologiques à bon escient, mais ceux-ci n'ont pas mis en évidence de trait de fracture dans un premier temps. Ces fractures (col fémur, côtes dans 2 dossiers et odontoïde non déplacée) ont été décelées sur de nouveaux clichés réalisés quelques jours plus tard devant la persistance de la symptomatologie. A chaque fois le patient s'est adressé au système privé, à son initiative, et écrit car il ne comprend pas pourquoi le diagnostic n'a pas été fait initialement. S'il ne s'agit pas d'erreurs diagnostiques à proprement parlé, il y a bien erreur dans le manque d'information au patient, d'explication et de suivi. Il faut prévenir le patient que l'absence de trait de fracture sur les clichés initiaux n'élimine pas une éventuelle fracture. En effet il y a parfois un décalage entre la lésion clinique et l'apparition de l'image radiologique et il faut donc dire au

patient de reconsulter si les symptômes persistent. Fort de cette explication le patient comprendra alors qu'il n'y a pas faute et verra l'intérêt d'une réévaluation médicale après quelques jours d'évolution. Réévaluation qui pourra permettre de réajuster le diagnostic et si besoin la prise en charge.

#### VII.4.3 Examens complémentaires mal interprétés

Dans 4 dossiers (25%) la fracture était visible sur les clichés initiaux mais elle n'a pas été diagnostiquée. Il s'agissait d'une fracture de la tête radiale, de la septième vertèbre cervicale, de la première vertèbre lombaire et de côtes.

Trois de ces erreurs ont été commises pendant les heures de garde.

Il est évident que la lecture de clichés radiologiques ne s'improvise pas. Une formation spécifique sur leur interprétation pour tout médecin prenant en charge un accueil chirurgical semble donc nécessaire. On pourrait également envisager que chaque cliché soit immédiatement lu par un radiologue. Et même si cette mesure paraît difficile à réaliser, il semble que cela diminuerait l'incidence des erreurs (7-8). Toutefois cette lecture immédiate par des radiologues est limitée par le nombre de faux positifs qu'elle entraîne (9). La relecture des clichés secondairement par des radiologues (mesure plus facile à mettre en place) instituée au SAU semble une méthode convenable puisque les erreurs diagnostiques par mauvaise interprétation radiologique ne représentent que 25 % dans notre étude, alors qu'elles s'élèvent à plus de 70% dans 2 études anglo-saxonnes (3-10).

## VIII TRAITEMENT DE LA PLAINTÉ

### VIII.1 REPONSE ADMINISTRATIVE

A toute lettre de plainte, il y a une réponse administrative de la direction des usagers, des finances et du système d'information. Celle-ci transmet la plainte au chef de service concerné et suit les échanges écrits entre les patients et le responsable du service si ce dernier répond par écrit (la majorité des cas au SAU). Si la direction des usagers juge que la plainte peut aboutir à un contentieux, elle prévient l'assureur pour éventuellement ouvrir un dossier d'indemnisation à l'amiable. Elle peut également, si elle voit que le dialogue entre le responsable du service et le patient est difficile, proposer l'intervention du médiateur au sein de la commission de conciliation. Celle-ci permet donc par l'intermédiaire d'un intervenant extérieur au conflit, d'informer, d'assister,

d'orienter le patient qui est libre de suivre ou non son avis.

## VIII.2 REPONSE DU RESPONSABLE DU SAU

La majorité des lettres de plainte des patients, 70 soit près de 68%, entraîne une réponse écrite du responsable du SAU au patient. 58 soit 82% de ces réponses ont permis de régler le conflit.

Les lettres non suivies de réponse directe au patient (qui s'élèvent donc à 33) sont pour 66% (soit 22) celles qui concernent des contestations financières. La réponse au patient est alors faite par l'administration après avoir pris l'avis du SAU.

Pour 3 lettres la réponse est faite par le service d'hospitalisation qui a pris en charge le patient après son passage au SAU.

Les 8 lettres restantes ne reçoivent pas de réponse directe car le responsable du SAU juge que le mécontentement est davantage d'ordre administratif et donc laisse le soin à l'administration de répondre.

Dans ses réponses le responsable du SAU donne des explications sur la cause des faits reprochés par le patient : manque de moyens matériel et humain ; surcharge de travail ; soins assurés pratiquement exclusivement par le service public pendant les week-end et fêtes ; les difficultés diagnostiques et de prise en charge en médecine, particulièrement d'urgence, où les décisions se font rarement sur des certitudes mais davantage sur un faisceau d'arguments.

Selon les reproches il reconnaît les faits, parfois demande des excuses et souvent dit se servir des remarques pour essayer d'améliorer la prise en charge du patient. Celui-ci se sent alors écouté, compris et a l'impression que son expérience personnelle a servi à quelque chose et permettra d'améliorer le service pour les futurs usagers du SAU.

Le responsable du SAU s'appuie d'ailleurs sur ces lettres pour demander à l'administration davantage de moyens, qui pourraient par exemple permettre l'application des textes concernant la seniorisation des gardes. Comme nous l'avons déjà évoqué les plaintes des patients ont également permis d'instaurer de nouvelles mesures pour améliorer la prise en charge des patients : information écrite pour la surveillance des plaies ; création d'un emploi jeune pour faire la liaison entre les soignants, le patient et la famille ; port d'un bracelet pour les personnes démentes...

Ces échanges écrits permettent donc dans la grande majorité des cas (plus de 80%) d'apaiser le conflit. Le patient est satisfait de l'attention portée à sa lettre, de la prise en compte de son mécontentement par le responsable des urgences et des explications qu'il apporte. Néanmoins parfois cela ne suffit pas et le responsable du SAU propose alors de le rencontrer lui-même (3 cas) ou de rencontrer le médecin conciliateur de l'établissement.

### VIII.3 INTERVENTION DU MEDECIN CONCILIATEUR

Dans les 9 derniers dossiers, l'intervention du médecin conciliateur a été nécessaire et suffisante à 3 reprises.

Dans 2 de ces dossiers, les échanges entre le responsable du SAU et les patients avaient été légèrement véhéments. Les patients étaient en désaccord avec leur prise en charge au SAU. D'autant plus que tous 2 avaient été secondairement pris en charge par un établissement privé. Celui-ci avait eu une attitude diagnostique et thérapeutique différente, sans que l'on puisse dire formellement que celle du SAU ait été mal appropriée. Le dialogue était donc devenu très difficile. L'intervention d'un médecin extérieur au conflit a alors permis de diminuer la tension. Il a pleinement joué son rôle d'information, d'explication et d'orientation en considérant que dans ces 2 dossiers il n'y avait pas matière à engager une quelconque procédure.

Le troisième dossier concernait une femme dont le mari était décédé d'un cancer pulmonaire qui n'avait pas été diagnostiqué dès sa première hospitalisation. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises, jamais en pneumologie comme il le souhaitait, faute de place. Sa femme pense que le diagnostic aurait été fait plus vite si on avait accepté cette demande d'hospitalisation en milieu spécialisé pneumologique. Elle regrettait également le manque d'écoute et d'humanité du corps médical. La rencontre avec le médecin conciliateur a permis à cette femme en grande souffrance morale de se sentir écoutée, réconfortée. Elle a trouvé l'humanité dont elle avait besoin. Peut-être avait-elle commencé à accepter la mort de son mari et donc était davantage disposée à recevoir cette humanité. Sa lettre de plainte semble faire partie intégralement de son travail de deuil.

Le médiateur peut donc permettre de désamorcer des conflits quand la réponse du SAU n'a pas suffi. Mais parfois il échoue, c'est le cas dans un dossier. Il s'agit d'un père qui menace de porter plainte pour non assistance à personne en danger. Son fils, aux antécédents suicidaires, s'est présenté au SAU pour syndrome

dépressif et demande d'hospitalisation. Celle-ci n'a pas été jugée nécessaire et un rendez-vous en externe a été programmé. Il a finalement été hospitalisé le lendemain dans un établissement privé. Le sentiment d'avoir raison est encore une fois augmenté par cette différence d'attitude.

Parfois également le médecin conciliateur juge que le patient peut demander une indemnisation et demande donc à l'assureur d'évaluer son montant. Le patient ensuite est libre d'accepter ou non cette indemnisation à l'amiable. Cela a été le cas dans un dossier : une fracture du scaphoïde non diagnostiquée ayant entraîné un préjudice important.

#### **VIII.4 ACTIONS EN JUSTICE**

Dans notre étude elles sont au nombre de 4 : 2 au tribunal administratif, 2 au tribunal de grande instance. Toutes les 4 sont en cours d'instruction.

Toutes ces lettres reçoivent une réponse administrative et près de 60% une réponse du responsable du SAU. Réponse qui très souvent (dans 82%) suffit à régler le conflit. Dans le cas contraire le médecin conciliateur peut aider à régler ce conflit (4 cas) et en fait, très peu aboutissent devant les tribunaux (4 cas).

La relation médecin/patient est une relation qui doit être basée sur la confiance. Confiance qui permettrait de diminuer encore ces lettres de plainte. Or celle-ci ne peut s'acquérir sans informations et explications, temps faisant partie intégrale d'une consultation médicale. Tous les acteurs de santé doivent prendre en compte cette notion dans leur pratique courante et insister davantage sur cette communication au patient.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Jourdren G. La responsabilité médicale hospitalière en France, à propos d'une étude portant sur 600 hôpitaux publics de 68 à 77. Thèse médecine Lyon I 1988.
- 2 Garay A. Plus de déclarations, moins de procès. *Concours médical*. 2001;123 34:2314-2317.
- 3 Guly HR. Diagnostics errors in an accident and emergency department. *Emergency Medical Journal*. July 2001;vol 18 Issue 4:263-9.
- 4 Guly HR, Richmond PW, Evans RC. Complaints and litigation, three years experience at a busy accident and emergency department 1983-5. *Health Trends* 1989;21:42-5
- 5 Perroux D. Réclamations déposées par les usagers d'un service d'urgence. *Capacité d'aide médicale urgente*. 1992
- 6 Guly HR. Fractures not Xrayed. *Arch Emerg Med*. 1986;3:159-6
- 7 Berman L, De Lacey G, Twoomey E. Reducing errors in the accident department a simple method using radiographers. *British Medical Journal*. 1985;290:421
- 8 Craig JOMC. Litigation in clinical radiology. IN: Powers MJ, Harris NH, eds. *Clinical negligence*. 3rd ed. London : Butterworths, 2000.
- 9 Renwick IGH, Butt WP, Steele B. How well do radiographers triage X ray films in accident and emergency department ? *British Medical Journal*. 1991;302:568-9
- 10 Guly HR. Missed diagnostics in an accident and emergency department. *Injury* 1984;15:403-6

## ANNEXES

Exemples de lettres de patients et de réponses faites par le service des urgences





**l'Assurance Maladie**  
sécurité sociale  
service médical d'Angers

*DUPES* *Un permis de conduire*  
*(refuse d'attente à une*  
*signature)*

CHU ANGERS  
12 SEP. 2001 / 300  
Courrier Direction Générale

Date Le 10 septembre 2001

V/Réf.

N/Réf. Dr JM/NG

☎ 02 41 24 28 06

Objet

Monsieur Jean Le Camus  
Directeur Général  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
4 Rue Larrey  
49033 ANGERS CEDEX 01

Monsieur le Directeur Général,

Ce courrier ne vous étonnera peut-être pas, se rajoutant à d'autres de même nature sur le sujet, mais mes fonctions m'obligent à faire état auprès de qui de droit, des dysfonctionnements qu'il m'est donné de constater.

Le fils de mon épouse, victime d'un accident de la voie publique, a été transporté au Service des Urgences de votre établissement, où après un examen sommaire il lui est remis un certificat descriptif attestant l'absence de lésions osseuses (je tiens le certificat à votre disposition).

Dès retour au domicile, devant la persistance de douleurs, alors même qu'on lui avait annoncé un prompt rétablissement (48 heures), et l'apparition d'un œdème important, j'ai conseillé à mon épouse de consulter un médecin orthopédiste.

v Ce dernier pratiquant une radiographie a pu diagnostiquer une fracture de cheville d'un côté et de la diaphyse du péroné de l'autre.

Une immobilisation plâtrée a été réalisée accompagnée des précautions d'usage.

Je remarque qu'il y a à l'évidence un défaut majeur d'approche médicalisée de la situation de ce patient adressé dans votre établissement, où après un examen clinique sommaire et l'absence d'examen complémentaire, il est libéré sans autre forme de procès.

Pareil comportement dans des situations plus sévères pourrait conduire à des conséquences dramatiques.

.../...

et dans le droit fil des missions qui nous sont confiées aujourd'hui, je me devais de vous informer d'un fait qui aurait pu avoir des conséquences fâcheuses, sans compter le surcoût pour la collectivité d'une telle pratique.

Les problèmes de santé publique dans toute leur dimension, sont au cœur de notre préoccupation vous et moi, j'en suis convaincu.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de ma considération distinguée.

Angers, le 6 novembre 2001

Monsieur,

La Direction des Usagers du CHU d'Angers m'informe que le diagnostic de fracture n'a pas été effectué au service des Urgences lors de votre admission le 30.08.2001 à 23 heures. L'analyse de votre dossier montre qu'un examen clinique rassurant ne semble pas avoir été complété par une demande de radiographie.

- J'informe l'interne de garde détaché par l'établissement aux Urgences ce soir là afin qu'il procède à l'analyse critique de cette prise en charge.
- A titre personnel je vous présente des excuses du service et vous souhaite des vœux de prompt rétablissement.

Il s'agit là de ma réponse personnelle suite à l'information que j'ai reçu. Monsieur le Directeur Général répondra pour sa part à la lettre qu'il a reçu.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Angers, le 6 novembre 2001

Madame le Directeur  
Madame PRIGENT  
Madame SAVALE  
DUFISI - CHU

Madame,

*Monsieur*  
chirurgical.

A la suite du courrier que vous m'avez adressé j'ai examiné le dossier de  
V, âgé de 17 ans, admis le 30.08.2001 à 23 heures 02 à l'accueil

1<sup>er</sup> - En ce qui concerne les faits, Monsieur a été examiné à 23 heures 30 par un interne en fonction en Chirurgie Traumatique et Plastique. L'observation note qu'il n'y a pas de signe en faveur d'une fracture ou d'une entorse du genou. Malheureusement le dossier ne nous permet pas de savoir quels sont les clichés radiologiques réalisés. Une abréviation me laisse penser que radios normales. J'essaierai de savoir si les radios ont été remises au patient. Par ailleurs je constate que Monsieur admis à 23 heures 02 aux Urgences n'est pas retrouvé le même chemin des Urgences aux heures ouvrables si l'évolution paraissait anormale.

2<sup>ème</sup> - En ce qui concerne la prise en charge de Monsieur  
↓ je ne peux que regretter ce retard de diagnostic. Heureusement on peut espérer que les lésions étant minimes il n'y aura pas d'évolution préjudiciable. En effet la fracture de la diaphyse du péroné ne se traite pas. Le trait de fracture de la malléole externe, sans déplacement, a été traité par une botte plâtrée. Quelle que soit la gravité il y a eu une erreur, erreur regrettable. Aujourd'hui il ne reste plus qu'à reconnaître cette erreur et à présenter des excuses à ce jeune homme.

3<sup>ème</sup> - En ce qui concerne l'environnement de cet événement votre lettre de demande d'explication me conduit à plusieurs remarques :

- 1) Je suis plutôt heureux que cet incident survienne dans la famille d'une personnalité importante de la sécurité sociale. En effet je n'ai pas oublié qu'en son temps le plus haut responsable de la CNAM réclamait une réduction encore plus drastique du numerus clausus. Ceci a conduit à une restriction du nombre d'internes, puis du nombre de médecins et au recrutement de médecins étrangers. Certaines carences actuelles sont la conséquence directe de la politique décidée hier.

2) A différentes reprises j'ai dénoncé la carence de l'organisation de la garde chirurgicale sans que depuis trois ans, et cela quelle que soit les personnes, rien n'est changé. Sur le papier l'organisation de la garde chirurgicale est exemplaire : un chirurgien viscéral d'astreinte à domicile, deux chirurgiens de garde sur place, un d'orthopédie-traumatologie, trois internes de chirurgie. La réalité au quotidien est toute différente :

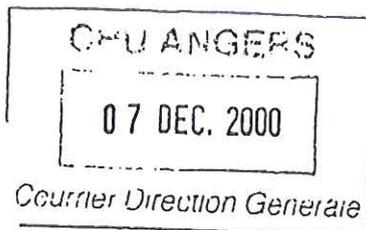
- un interne de porte qui croule sous le travail,
- - deux internes qui ont un tropisme négatif pour les box<sup>A</sup> d'accueil chirurgical et un fort tropisme positif pour le bloc opératoire.
- - deux chirurgiens qui n'assurent pas toujours une supervision réelle de l'interne de porte. Ce point étant difficile à généraliser car dépend de la personne de garde. Il serait juste de ne pas saluer ceux qui assurent réellement cet encadrement.

La CME a approuvé un texte indiquant que les trois internes étaient affectés à l'accueil et qu'ils ne se déplaçaient au bloc que lorsque des interventions y étaient effectuées. Cette disposition est restée lettre morte. Depuis trois ans je n'ai pas constaté de volonté réelle du monde chirurgical de s'investir dans l'accueil chirurgical aussi bien l'après-midi qu'en garde. Ceci me paraît d'autant plus anormal que deux postes de chirurgien<sup>A</sup> des Urgences sont utilisés pour faire tourner les blocs opératoires et aider aux consultations des services chirurgicaux et encadrer un certain nombre de lits... Il manifeste que dans quelques années l'accueil chirurgical devra être pris en charge par des médecins urgentistes. Cela suppose qu'ils reçoivent une manifestation en traumatologie et que des postes de médecins soient créés. En attendant des lendemains qui chantent le respect des décisions votées en CME, un effort volontarise des chirurgiens pour superviser l'accueil chirurgical devrait réduire le nombre d'incidents du type que nous déplorons.

3) Les listes de garde dressées par l'administration hospitalière (DES + résidents + FFI) présentent une grande hétérogénéité de compétences. J'ai dû intervenir récemment pour un FFI qui s'était introduit dans la liste de garde de chirurgie de façon indu. A la suite d'un incident sur la qualité de la prise en charge j'ai dû demander à Madame la Directrice des Affaires Médicales s'il ne serait pas possible qu'en début de chaque semestre la commission des gardes et astreintes valide la liste de gardes des internes réellement autorisés à venir travailler aux Urgences.

J'aimerais que l'incident que nous déplorons dans cette lettre permette de prendre des mesures générales, d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades et l'encadrement de l'interne ou du résident de porte qui est trop souvent laissé à lui-même.

Je vous prie d'agréer, Madame le Directeur, l'expression de ma considération distinguée..



M. le Président du Conseil d'Administration du CHU  
M. Antonini, Maire d'Angers  
vendredi 1er décembre 2000  
est seul responsable de cette  
attente



CHU – Direction Générale  
M. Jean Le Camus  
4, Rue Larrey  
49 033 ANGERS Cedex 01

V/ref : Entrée aux urgences le samedi 27/11 – Douleurs thoraciques – Hospitalisation en Cardiologie  
N/ref : Attente intolérable ... et indigne du Service Public !

Monsieur,

Sorti mardi 28 Novembre du service 370 Cardiologie, auquel j'adresse mes remerciements par courrier séparé, je tiens à vous faire part de mon expérience aux Urgences samedi 25 soir.

Alors que les examens étaient terminés vers 21h et que la décision de me garder en observation en Cardiologie a été prise vers 23h, j'ai du patienter encore pendant plus de 4 heures sur un brancard, avant d'être transféré vers 3h du matin (!).  
La seule ambulance attachée au CHU cette nuit là était surchargée !

Je vous livre, page suivante le détail de mon expérience ... Vous verrez que si je ne m'étais pas fâché, on m'aurait laissé ainsi pendant ces longues heures sans surveillance particulière, sans manger et sans que cette attente ne semble émuvoir personne !

Je pense que vous serez d'accord avec nous usagers, comme avec votre personnel, pour considérer que c'est INTOLERABLE ... (faites l'expérience, allongez vous vers 21h, sans un livre, sans rien sur un brancard de 50/60cm de large dans un bloc tel que le 11 et attendez 2h45 du matin, avec les néons au-dessus de vous ... Imaginez-vous dans la peau d'une personne admise aux Urgences et vous verrez comme il fait bon d'attendre !!!)

Si le service ambulancier, ne requiert en moyenne qu'un véhicule (encore faudrait-il pondérer ceci d'un indice Qualité, d'un indice de satisfaction ... car cette nuit encore, un seul véhicule aura "suffit" mais au prix de quelles attentes !!!), vous devez lui donner l'autonomie de requérir exceptionnellement à des moyens privés (il y a un ambulancier juste en face !) qui peuvent lui permettre de faire face ponctuellement à des pointes d'activités sans que celles-ci ne soient exclusivement supportées par vos malades au mépris de toute considération humaine !

Alors peut être ceci mettrait-il en lumière, si on devait y requérir trop souvent, qu'une seconde ambulance CHU est bien nécessaire !

Souhaitant que cette information ait une suite constructive (je n'ai d'intérêts ni dans la compagnie d'ambulance privée évoquée, ni dans la défense des conditions de travail des ambulanciers, ... mais défend une certaine idée de Service Public de Qualité), j'espère que vous aurez à cœur de solutionner ce problème.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Copie : M. le Président du Conseil d'Administration du CHU – M. Antonini, Maire d'Angers (lettre + chronologie jointe)  
PJ : Chronologie de mon admission  
Fiche d'appréciation remise à l'Hôpital

## Chronologie d'une admission aux Urgencés

Après des douleurs thoraciques signalées au 15 (médecin régulateur) vers 14h30, et un aiguillage vers le cabinet de garde qui m'a reçu à 18h30, j'ai été sur demande de ce médecin admis vers 19h samedi aux Urgences. Si les premiers examens se sont déroulés relativement vite (par rapport à ce que me laissaient entendre des informations alarmistes liées à l'après-midi de ce samedi : attente de 3h et plus ...), il n'en a pas été de même à compter de 21h30 – 22h où j'ai très nettement senti le glissement dans la nuit du week-end ...

A compter de 21h, fin effective des examens (radio poumons, prise de sang, électro-cardiogramme, ...), personne ne s'est JAMAIS soucié, de sa propre initiative de mes conditions d'attentes ...

S'il a pu être évoqué ma sortie vers 21h, on m'avait même permis de ma rhabiller (sortie que mon épouse, qui m'avait alors rejointe, a attendue jusqu'à 23h), le verdict est tombé vers 23h30 : hospitalisation 48h ....

Cela faisait 4h30, dont 2h30 d'attente pure (mais j'étais alors accompagné) que j'étais confiné dans le bloc 11A, qui doit faire env. 2 x 3 m soit 6m<sup>2</sup>, sur un brancard ...

A ce moment, on me demande de me remettre en pyjama et de m'allonger sur le brancard ... Je demande une collation, n'ayant rien mangé depuis midi : "rien aux Urgences, attendez d'être en Cardio..."

Je prends donc mon mal en patience, arrangeant moi même tant bien que mal et au fil des heures, mon brancard (régulant l'inclinaison de la tête – même si je dois me lever pour ça !, relevant les ridelles pour ne pas tomber si je m'étais m'assoupir...).

Régulièrement, des personnels passent et je vois leur tête parfois regarder dans ce cagibi, sans que jamais aucune ne demande rien ... à 1h10 je me décide à demander à l'une d'elle si cela va durer longtemps !

Réponse : "Ah ça Monsieur, c'est la question à 10.000 FF à laquelle personne ne peut répondre ici \* !!! Je lui demande de demander à l'interne de passer me voir ...

A 1h30, je me lève et vais vers le local de garde. L'interne me rejoint alors vers 1h40 et me toise de m'être levé ! Depuis plus de 2 ½ heures, je suis SEUL dans ce "bocal" et personne ne s'est préoccupé de mon cas et il faudrait que je reste là docile, comme un mouton !!! ...

Elle m'explique doctement que ... on attend l'ambulance !!!

Je lui rappelle alors que je suis entré aux Urgences par mes propres moyens, sur mes jambes ... et que je dois pouvoir rejoindre le bloc cardio si l'on m'y accompagne ou même qu'on me l'indique ... Devant son refus, et son incapacité de me prédire quoique ce soit, je pose un ultimatum ... Ou je suis transféré dans la demi-heure, ou je rentre chez moi (à 5mn de l'Hôpital) !

J'argumente sur le fait qu'il faut là être cohérent :

- Ou mon état est sérieux, et il faut le prendre en compte et ne pas me laisser plus de 6h (c'est l'attente finale entre 21h et 3h du mat, heure de mon admission en cardio à 200 m de là !!!), dans un gourbi, éclairé de néon, sans manger et sans dormir !!!
- Ou il ne l'est pas tant que ça, méritant toutefois un suivi et alors, soit je vais directement en cardio comme je suis venu, soit je rentre chez moi pour être ré-hospitalisé le lendemain de jour

Bizarrement, dans les 10 minutes qui suivent, on m'apporte un plateau casse-croûte ...

Je prends mon mal en patience et au moment où j'ai pris la décision de quitter l'hôpital (à 2h35) éclate un magistral orage ... qui me retarde dans mon départ alors que les brancardiers arrivent vers 2h45 !!!

Ils me confieront n'avoir pas arrêté depuis leur prise de service, tournant à une seule ambulance pour tout l'hôpital ... Je peux sur le brancard constater avec eux la perte de temps liée au fait qu'ils ne savent pas exactement où ils doivent se rendre ... on va aux urgences Cardio, il faut trouver le personnel de garde, qui indique qu'on va en 370 ... etc ... et ¼ h est perdu alors qu'ils auraient pu s'y rendre directement si leur mission avait été bien définie : ils sont les premiers à le regretter (on savait depuis 23h30 que j'étais admis en cardio !). Je voudrais souligner leur gentillesse et leur humanité ce soir là !

Certaines personnes transportées ce soir là auraient attendues 10 h !!!!

Angers, le 21 décembre 2000

Monsieur,

J'ai lu avec beaucoup d'attention votre lettre en m'interrogeant sur les responsabilités personnelles et les responsabilités de chaque membre des équipes médicale et paramédicale du service des Urgences sur les points que vous dénoncez. Un certain nombre d'éléments engagent notre responsabilité directe, et je vous présente tous mes regrets, d'autres sont beaucoup plus vastes et dépassent le service des Urgences lui-même. En effet dans votre lettre on peut identifier plusieurs domaines.

1° Votre cas personnel. Vous avez bénéficié d'une prise en charge rapide permettant d'éliminer une urgence absolue. Là je crois que le travail a été bien fait ; très rapidement la conviction des médecins a été qu'il n'y avait aucune gravité, mais cette conviction n'a été acquise qu'à 90 %. Ces 10 % d'incertitude expliquent qu'après avoir envisagé la possibilité d'une sortie, il a été jugé plus prudent de vous garder en observation en Cardiologie. La médecine n'est pas une science mathématique et il faut gérer la part d'imprécision et d'incertitude.

Pour lever les 10 % d'inquiétude, des examens très complets et très spécialisés ont dû être effectués (échocardiographie, épreuve d'effort, scintigraphie pulmonaire). Une équipe de spécialistes a mis 48 heures à lever la totalité de l'incertitude avec des examens très spécialisés, il faut comprendre qu'une équipe surchargée aux Urgences ait pu hésiter quelques dizaines de minutes.

Pour cette première partie de votre hospitalisation, le temps d'attente doit être mis en parallèle aussi avec le temps qu'il vous faudrait à partir de votre domicile, pour réunir radio pulmonaire, prise de sang, électrocardiogramme et tenir compte du fait qu'une fois la prise de sang réalisée, il y a un délai pour que le laboratoire nous rende la réponse. Cette première partie me paraît normale. En revanche je comprends votre mécontentement sur d'autres points.

2° Le second domaine est celui de vos conditions d'attente aux Urgences. Je regrette que la colation ne vous ait pas été servie plus vite, même s'il était impossible d'offrir cette prestation aux 125 malades qui sont passés ce samedi-là aux Urgences. Je regrette que ces regards que vous avez vus à travers la vitre ne vous aient pas donné plus d'information. Je pense que compte tenu de la charge de travail qui était la leur, vous avez pu constater qu'il ne s'agissait pas de mépris ni d'indifférence, mais qu'ils faisaient de leur mieux.

Dans la réponse « c'est une question à 10 000 F », je pense qu'il n'y avait pas d'arrogance, mais simplement un peu d'humour pour détendre une situation difficile pour tout le monde et aussi pour exprimer son ignorance du temps d'attente des ambulances.

Je vous trouve un peu sévère sur « le bocal et le cagibi », mais vous être libre de vos appréciations.

Je regrette ces conditions d'attente en souhaitant que derrière tout ce que vous déplorez il y ait surtout des défauts de moyens, et non pas une négligence des équipes médicale ou paramédicale. Quelle que soit notre surcharge de travail il faut que nous soyons vigilants pour au moins informer les gens des difficultés rencontrées, même si cela ne raccourcit pas le temps d'attente.

3° Vous soulevez le problème du temps d'attente des ambulances. A différentes reprises, publiquement, j'ai souligné la qualité du travail effectué par les ambulanciers et leur gentillesse. En revanche le nombre d'équipes réduites introduit des temps d'attente souvent importants. Dénoncer cette situation n'est pas tout, il convient d'obtenir des mesures budgétaires pour y remédier. En revanche vous avez raison de souligner qu'une meilleure interface entre le service des Urgences et la Cardiologie aurait permis de gagner quelques minutes.

4° Votre lettre pose des problèmes d'organisation de la santé. Vous commencez votre chronologie en signalant qu'entre l'appel du Centre 15 et la réponse de la garde privée, il s'est écoulé 4 heures. Vous êtes peu critique sur cette période, alors que c'était peut-être la seule « médicalement importante ». En effet, dans votre cas il convenait d'éliminer le plus rapidement possible une affection coronarienne, car si cela avait été le cas vous auriez pu bénéficier de thérapeutique spécifique à effectuer dans les six premières heures.

Aujourd'hui, et malheureusement encore plus demain, les services des Urgences sont des réceptacles de tous les malheurs et de tous les dysfonctionnements de notre société. Un des malheurs des services d'Urgences est que le soir et le samedi après-midi et le dimanche, les réponses à la demande de soins sont limitées, il y a peu de cabinets ou de cliniques privés ouverts. Ce samedi 25 novembre, le service des Urgences a dû prendre en charge 125 malades. Si on veut éviter que le flux de malades compromette la qualité du service public, il faut que tous les médecins privés ou publics participent également à la prise en charge des Urgences, sinon les vicissitudes que vous avez connues iront en s'aggravant.

Votre lettre nous invite à réfléchir sur les améliorations qu'individuellement nous pouvons apporter dans la prise en charge des malades. Vous devez aussi l'utiliser auprès des décideurs financiers afin que les moyens suffisants soient accordés au service public. En dehors de Monsieur le Maire d'Angers, depuis ma prise de fonction je n'ai vu aucun homme politique venir visiter les Urgences et s'enquérir des difficultés présentes. Comme l'amélioration passe par l'attribution de moyens financiers supplémentaires, il reste aussi à savoir ce que vous – ou ce que moi – sommes prêts à payer en impôt ou en cotisation supplémentaire pour améliorer le système actuel.

Voilà ce que je peux répondre à la lettre que vous avez adressée à Monsieur le Directeur Général, à lui de compléter la réponse pour les problèmes qui le concernent plus directement.

Pour ma part j'ajouterais que la situation dans les mois et les années à venir va s'aggraver. J'en veux pour preuve les éléments suivants : la situation budgétaire des hôpitaux est de moins en moins favorable ; le passage aux 35 heures, s'il n'est pas accompagné d'une création suffisante d'emplois, réduira le temps de présence des professionnels de santé qui n'ont pas forcément vocation à travailler 70 heures par semaine ; le numerus clausus institué d'une façon irréfléchie depuis de nombreuses années conduit à une pénurie inéluctable de médecins ; le salaire d'un jeune médecin urgentiste étant compris entre 10 000 et 13 000 F après douze ans d'études, il ne faut pas être surpris que les vocations pour prendre en charge les Urgences soient insuffisantes.

Si vous le souhaitez je suis prêt à vous recevoir pour poursuivre cet échange.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Angers, le 21 décembre 2000

Madame PRIGENT

DIRECTION DES USAGERS

Madame,

Vous trouverez ci-joint la réponse faite à Monsieur : . Par pudeur je n'ai pas enfoncé le clou sur le problème des ambulances. Depuis très longtemps je souligne chaque fois que j'en ai l'occasion, la gentillesse et la qualité du travail fourni par les ambulanciers, mais leur nombre est notoirement insuffisant. Deux lettres en quinze jours attestent du mécontentement des usagers sur ce point. L'étude de ce mécontentement nous renvoie vers deux problématiques.

- 1° Celle des moyens financiers. Toutes les insuffisances dénoncées dans les deux dernières lettres ne se plaignent pas de la qualité de la prise en charge des équipes médicale ou paramédicales mais des conditions d'attente. L'amélioration ne peut se faire sans infirmière, sans brancardier, sans ambulancier supplémentaires. Où trouver l'argent ?
- 2° L'organisation sociale de l'hôpital obéit à certaines règles, celle des 3X8, avec un système de garde pour les médecins, qui débute à 18h30. Il y a manifestement décalage entre le flux des malades maximum jusqu'à 24 heures. Ce samedi 27 novembre le service des Urgences a accueilli 127 patients, dont 57 en médecine avec 25 entrées de 15 à 24 h et 3 de 0 à 2 h. Si l'organisation du travail suivait les flux des patients il faudrait que la présence des effectifs soit maximum de 10 h. le matin à 24 h. Il s'agit là d'une réflexion à soumettre à tous les professionnels qui œuvrent dans cet établissement, aux différents syndicats qui les représentent, aux décideurs, et surtout aux financiers car le coût d'une telle révolution serait incontestablement très important.

Par ailleurs nous avons demandé un remplacement des brancards les plus vétustes. Ceci n'a pas été encore possible et je le regrette car leur confort n'est pas adapté à un alitement de plusieurs heures.

Je vous prie d'agréer, Madame le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.



CHU – Service des Urgences

4, Rue Larrey

49 033 ANGERS Cedex 01

V/ref :           c – Votre courrier daté 21 décembre 2000  
N/ref : Lettre adressée à la Direction Générale le 1<sup>er</sup> décembre, suite attente pour transfert urgences - cardiologie

Monsieur,

Vous m'avez fait une longue réponse, circonstanciée, et je tenais à vous remercier du temps que vous y avez consacré.

Je tenais à confirmer par cette lettre qu'il n'a été nullement dans mon intention de mettre en cause personnellement quiconque au service des Urgences mais de faire ressortir – peut être n'est ce pas si fréquent ? – l'impression qu'on en garde.

En revanche, même si le stress inhérent à cette activité, renforcé du manque de moyens, peuvent expliquer mes impressions, il y a lieu d'humaniser et de responsabiliser ce lieu.

Pour prendre un exemple, je ne me suis pas formalisé du fait qu'on ne me donne ni collation, ni de la réponse humoristique faite "question à 10.000 FF" : je suis pleinement conscient que les Urgences sont par définition un lieu d'aiguillage et qu'ils n'ont pas vocation à assurer d'intendance et que la remarque sus-nommée traduisait plus que de l'arrogance (je n'en ai pas ressenti), une forme d'impossibilité à répondre (qui tombe mal quand à près de 2h du matin, on attend depuis plus de 5 heures!) ...

- Humaniser, cela veut dire se préoccuper du bien être de la personne reçue (c'est par exemple, devant une attente qui se prolonge, l'installer confortablement, baisser sa tête de brancard, relever les ridelles, éteindre la lumière et l'engager à se reposer ... plutôt que de lui laisser faire tout ceci ... en le taçant de s'être levé pour le faire !), cela veut dire échanger quelques mots lorsqu'on passe devant le bloc 11, etc ...
- Responsabiliser, c'est prendre un patient comme une personne douée de raison et lui expliquer pourquoi, subitement, on passe d'une certaine indifférence à la station debout (j'avais pu me rhabiller, je faisais les 100 pas avec ma femme et devais sortir) à une interdiction stricte de quitter le brancard (je ne devais même pas me lever pour passer du brancard des urgences au brancard mobile !) alors que, je le répète, j'étais entré sur mes jambes, venant avec ma propre voiture ... Comme vous le dites fort justement "*la médecine n'est pas une science mathématique*" et en corollaire ne doit pas être traitée binairement.

Je me suis moi aussi interrogé sur la pertinence du SAMU de n'avoir pas délégué immédiatement après notre appel au 15 un médecin à notre domicile, impression renforcée par les précautions prises à posteriori mais je ne l'avais pas abordé, n'étant pas compétent pour le faire. Je vois que ceci ne vous a pas échappé.

Je ne remets bien sûr nullement en cause l'hospitalisation dont j'ai fait l'objet : ses conclusions en étaient fort heureusement rassurantes et elle était bienvenue pour lever le doute.

Ma plus forte indignation, qui reste réelle, concernait bien évidemment le manque de moyens matériels disponibles au niveau des ambulances. Moi aussi, je souligne la gentillesse des ambulanciers qui m'ont pris en charge (et leur désarroi ce soir là) et la question soulevée, qui est clairement une question de moyens et de logistique, n'était pas adressée au service des Urgences mais au directeur Général du CHU et au Président du Conseil d'Administration, qui tous les deux n'ont pas pris position, se contentant d'une réponse de courtoisie jusqu'alors. Peut être l'étiayeront-ils dans un proche futur ?

mardi 16 janvier 2001

Vous soulevez la question des moyens de l'Hôpital Public et de la relative indifférence des Pouvoirs Publics à cet égard. Ma lettre avait pour but d'attirer leur attention sur ce fait et je continuerai à le faire, une expérience vécue renforçant tous les échos des médias sur la difficulté croissante à assurer une médecine de qualité.

Je tenais à vous remercier de votre rapide et exhaustive réponse et à vous témoigner de mon respect quant à la déontologie et à l'humanité que vous y professez.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Angers, le 18 janvier 2001

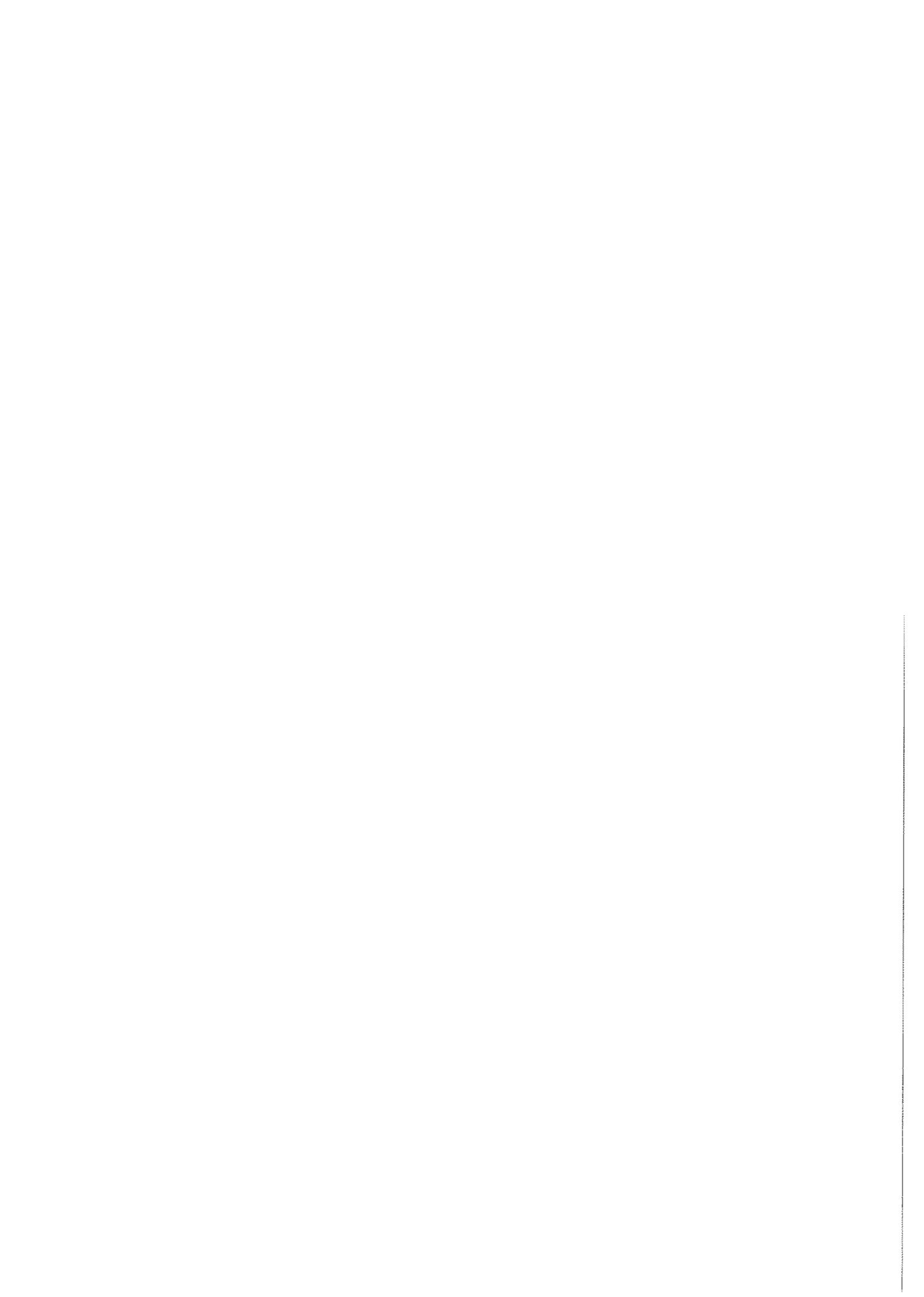
Monsieur,

Je vous remercie de votre réponse. Si j'ai tenu à vous répondre c'est que les services administratifs me retournent systématiquement les lettres de plainte pour y donner une réponse adaptée.

- 1° J'essaie toujours de voir ce qui peut être une erreur du service ou ce qui revient à un manque de moyens, où là je suis beaucoup plus démuni.
- 2° Je trouve que c'est de ma responsabilité de répondre directement aux gens qui sont venus aux Urgences, même si le service des Urgences n'est qu'en partie responsable du mécontentement.

Au terme de cet échange, je tenais à vous assurer que la préoccupation humaine est au centre de la vie du service des Urgences, mais que, même si elle est grande, elle ne résiste pas toujours à la surcharge de travail qui est présente à certaines heures du jour et de la nuit.

En vous remerciant de votre précaution, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Monsieur le Directeur,

Permettez moi de rajouter une feuille à votre questionnaire. La place y étant tellement limitée pour pouvoir s'y exprimer.

Arrivée le 28 à 3h30 en urgence je suis ressortie à ma demande à 13h30.

Beaucoup d'exams debits/uits c'est vrai sans aucun résultat communiqué à l'intéressée. Je suis restée 3h au service des urgences voyant défilés tour à tour dans ce box que je qualifiais de "cas à poule" noide, broyant, sur un chariot inconfortable, un nombre de usages trou différents, vous donnant des informations contradictoires et en plus incompétents à diagnostiquer votre mal.

L'hôpital a une mauvaise réputation je voulais tester par moi-même ce qu'il en était. C'est désormais chose faite. Si demain je dois refaire une crise de collique je me dirigerai vers une clinique

Privée...

Angers, le 26 décembre 1997

Madame,

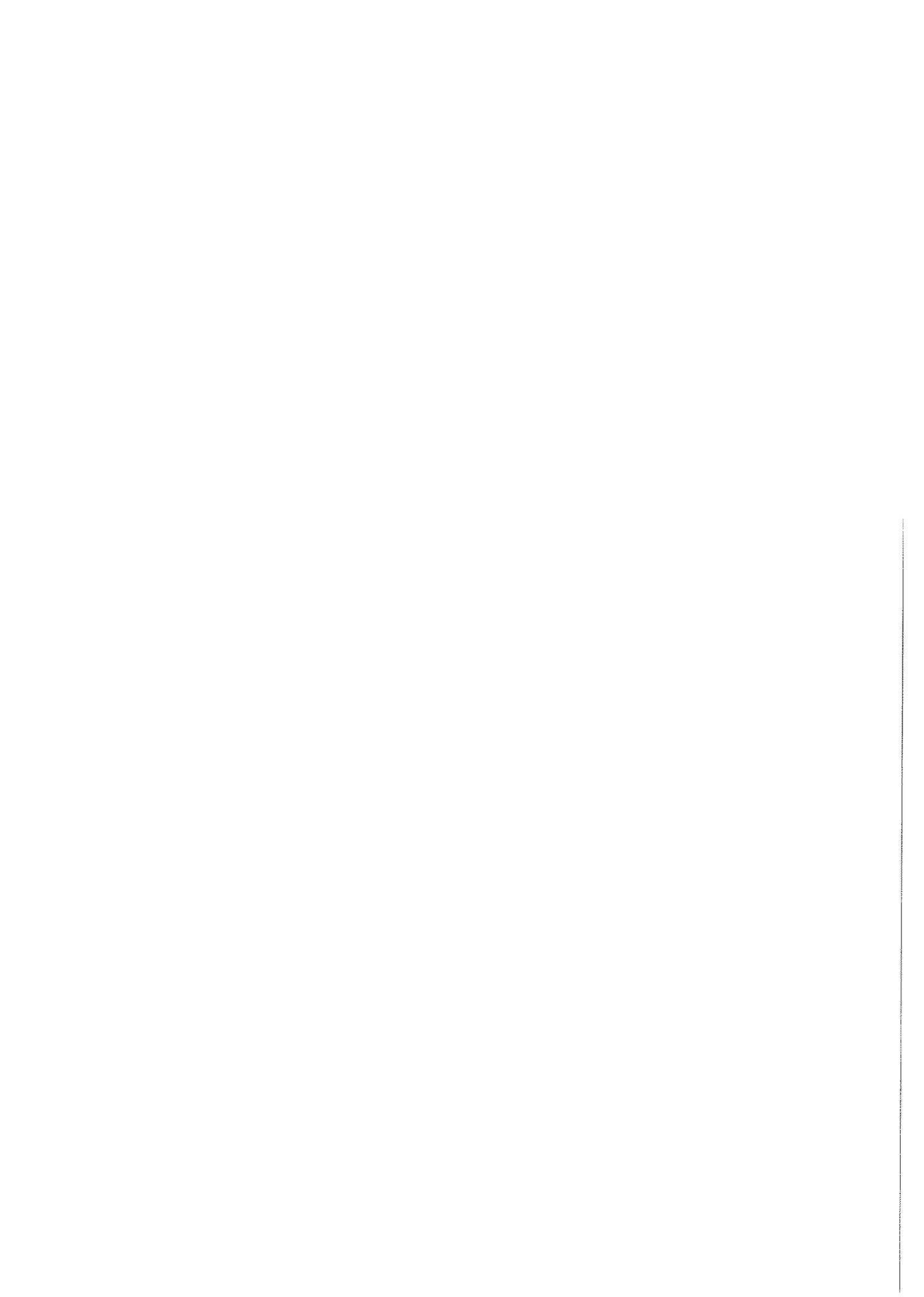
Le Directeur du CHU d'ANGERS m'a transmis votre lettre que j'ai lue avec soin. Les points que vous soulevez mériteraient une très longue discussion. Néanmoins, au risque d'être réducteur et simpliste, j'aborderai les trois points principaux que vous avez développés.

- 1° La qualité architecturale. Je ne peux que faire comme vous, souhaiter une amélioration du système de boxes. Toutefois, vous avez été assez rapidement installée dans le box J qui en fait est une petite chambre, sans doute un peu triste, mais la seule et unique de l'accueil chirurgical, et qui à défaut d'être spacieuse respecte l'intimité du patient qui y est admis.  
Je laisse à la Direction Générale le soin de répondre sur les contraintes du budget global que rencontrent les Hôpitaux publics et la nécessité, à l'intérieur de ce budget, de faire des choix.
- 2° Vous faites part de votre souhait à l'avenir de vous adresser à une "clinique". Il s'agit là d'un libre choix que je ne peux que respecter. A titre personnel, je pense qu'il serait bien que le secteur privé assure d'avantage la prise en charge des Urgences qui représentent une charge lourde peu rentable; une répartition la nuit et les week-ends des Urgences sur le secteur public et privé permettrait au service public d'être moins débordé et de consacrer plus de temps à chaque patient.
- 3° Je développerai plus longuement le problème de la prise en charge médicale. Vous êtes entrée avec une douleur très intense et dans un tableau qui pouvait faire évoquer plusieurs diagnostics et surtout faire craindre une affection grave pouvant déboucher sur une intervention chirurgicale.
  - L'examen de votre dossier montre que les investigations entreprises ont été bien conduites. Examen clinique, examens complémentaires, radiographie sans préparation de l'abdomen, et surtout réalisation d'une échographie, l'ensemble dans les sept heures qui ont suivi votre admission.
  - Ces investigations ont permis d'éliminer une infection grave et ont entraîné la mise en route d'un traitement et vous avez pu regagner votre domicile en début d'après-midi. Ce qui vous a été

proposé est conforme aux données actuelles des connaissances médicales et a répondu aux exigences secondaires au tableau clinique que vous présentiez.

- Malgré une conduite médicale correcte, vous gardez un mauvais souvenir du service des Urgences. Ceci témoigne de notre échec. Pourquoi cet échec ? Une des raisons est sans doute que l'équipe en place n'a pas su communiquer avec vous, vous expliquer le pourquoi de ses incertitudes et un délai d'attente absolument incontournable compte tenu des investigations qui ont été nécessaires. Il reste à déterminer si ce défaut de communication est lié à des facteurs individuels, à une carence médicale ou à un temps médical qui doit être partagé entre les différents malades hospitalisés dans le service des Urgences qui doit traiter 40 000 patients par an. Je vous laisse le soin de juger et je transmets à Monsieur le Directeur du CHU d'ANGERS la réponse que je vous fais, charge à ses services de vous répondre sur les problèmes architecturaux que vous soulevez.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma meilleure considération.



G. IRLES → H. CHENET  
le 1.3.2000



ANGERS le :25/02/2000

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ANGERS  
Direction des usagers, des finances  
Gestion des dossiers des patients  
4 rue Larrey  
49033 ANGERS CEDEX 01

Monsieur le Directeur Adjoint

J'ai bien reçu votre courrier en date du 15 février 2000. Je conviens que la carte de mutuelle en ma possession lors de mon arrivée était périmée. C'est avec plaisir que je vous adresse l'exemplaire actualisé, mais je suis très surpris que l'on me parle de prise en charge pour des soins, attendus depuis le samedi après midi et, réalisés au final dans la clinique St Léonard.

Permettez-moi de vous dire que le fonctionnement des « urgences » est proprement scandaleux. Lorsque l'on se présente dans un service dénommé URGENCES on s'attend à être fixé rapidement sur son état, orienté tout aussi rapidement vers une structure ou un autre service pour y recevoir les soins appropriés. Je me suis présenté le samedi vers 15h pour une coupure au pouce gauche. L'accueil fut parfait la prise en charge efficace et rapide. Après avoir eu le plaisir de présenter l'objet à X personnes (je n'ai pas compté) et ressassé autant de fois les circonstances de l'accident, on m'a fait savoir après deux heures d'attente et un pansement sommaire que petite intervention chirurgicale était nécessaire. Le service concerné n'étant pas disponible, on m'a renvoyé chez moi en m'invitant à me représenter le dimanche matin précisément à 9h et à jeun. Après les (re)formalités d'accueil, la prise en charge fut tout aussi expéditive en moins d'un quart heure je me suis retrouvé nu sur un brancard, le bras lavé, rasé jusqu'au coude, une aiguille plantée dans l'autre bras « en prévision de la perfusion nécessaire », les vêtements ensachés, étiquetés, ramassés. Après une heure de patience sur ce brancard, on m'a informé d'un manque de place et demandé gentiment s'il était possible que je patiente en salle d'attente. J'ai attendu patiemment jusqu'à 13 heures en compagnie de quelques accidentés de veille que l'on avait aussi « invité » à patienter (l'un d'entre eux avait le poignet cassé et semblait souffrir terriblement). J'ai vu beaucoup de monde aller de droite à gauche et de gauche à droite sans jamais être informé du sort qui nous était réservé. En désespoir de cause, nous avons fini par râler, après quelques appels téléphoniques nous sommes allés nous faire soigner à la clinique ST Léonard ou la prise en charge et les soins ont été effectués dans conditions tout à fait satisfaisantes, dans des temps records (moins d'une heure en tout et pour tout) Pourquoi ne pas avoir

préconisé cette solution dès le samedi si les services étaient surchargés ? On nous affirme que cet petit travers sont dû à une pénurie de personnel..

Le spectateur que j'étais pense qu'une utilisation plus rationnelle des moyens en personnel et matériel serait plus judicieuse. Tout le monde court, semble s'occuper de tout, et personne n'est en mesure de vous dire ou en est votre dossier, ce qui va être fait, qui va le faire et quand. Pourquoi dès l'accueil du malade il n'est pas désigné une personne comme intermédiaire entre le malade et «le système» pour rassurer, suivre l'évolution du dossier et informer le patient durant tout son séjour dans le service. ,

En ce qui concerne les moyens matériels, est-il normal et nécessaire de bloquer tout un équipement opératoire avec le personnel qui peut lui être attaché pour une coupure toute sans gravité qui ne met pas la vie du patient en danger ? Est-il raisonnable de monopoliser un équipement d'urgence, de faire déshabiller totalement, d'utiliser des draps, des vêtements stériles, laver raser et préparer une perfusion, enfin apprêter le malade comme pour un long séjour ou une lourde opération seulement pour une coupure un peu profonde a un pouce. Pourquoi ne pas avoir des petites structures susceptibles de recevoir les cas les plus simples et désencombrer le service pour lui redonner sa vocation d'accueil des cas graves. Question : que fait-on des cas extrêmement graves, si par malheur les structures sont encombrées par des petits bobos lors des admissions ? Ils attendent aussi ? C'est sans doute ce qui value à ma fille de se retrouvée paralysée d'une jambe après avoir attendu trop longtemps des soins lors de son admission dans ce service pour un problème lombaire.

Je ne sais pas si mes réflexions arrivent au bon bureau. Il est toujours difficile dans les administrations de joindre la personne responsable, ou en mesure d'écouter les doléances d'un citoyen qui s'estime en droit d'exprimer son désaccord, tout particulièrement lorsqu'il s'agit sa santé et de l'utilisation de ses impôts. Ma perception de la situation est probablement faussée par la méconnaissance des problèmes. Il en demeure pas moins que je retiens de mon passage un sentiment de frustration et une certaine inquiétude pour mes proches s'il devaient être conduit dans ce service . La prestation ne mérite en rien une prise en charge financière.

Vous remerciant de ce moment que vous avez bien voulu consacrer à la lecture de cette lettre, je vous prie d'agréer Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Angers, le 16 mars 2000

Monsieur,

Le Directeur du Centre Hospitalier m'a transmis votre lettre. En tant que chef de service des Urgences, je tiens d'abord à vous exprimer mon regret pour les contretemps fâcheux dont vous avez été victime. Votre lettre soulève des problèmes techniques et de nombreux problèmes de société qui ne peuvent pas se développer par courrier car ils nécessiteraient un développement trop long.

Je ne développerai que quatre points :

- 1° Il y a un débat technique sur le mode d'exploration à adopter en cas de rupture partielle d'un tendon avec une plaie de la face dorsale du pouce. Je ne suis pas chirurgien et je ne peux prendre position sur ce point.
- 2° Vous vous inquiétez légitimement de savoir ce qui se passe en cas d'affection grave. Là je peux vous rassurer, car si vous avez tant attendu et été différé c'est justement parce que l'équipe chirurgicale était obligée de faire passer en priorité des situations plus graves que la vôtre. Dans tous les services d'Urgences de France, l'ordre de passage est déterminé par la gravité des situations et non pas par l'heure d'arrivée. Je conçois très bien que cette situation soit particulièrement douloureuse pour ceux qui sont concernés par ces reports. Sauf à doubler les équipes médicales et paramédicales, je n'ai pas de solution, ce qui contribuerait encore à aggraver le volume des impôts que vous payez et que je paye.
- 3° Vous avez pu être pris en charge rapidement à la clinique St-Léonard, ce dont je me réjouis. Toutefois il faut que vous vous interrogiez sur le fait que les Urgences sont particulièrement saturées le samedi et le dimanche. Cela tient au fait que l'offre de soins est très limitée et essentiellement réduite au service public. Sans vouloir diminuer les mérites de mes confrères des cliniques pour lesquels j'ai le plus grand respect, les cliniques n'ont pas les mêmes impératifs que l'hôpital, auquel on demande d'assurer non seulement des missions de soins mais aussi des missions sociales tout particulièrement vis à vis des personnes âgées ou démunies. Le système

actuel est tel que les cliniques privées ont un certain filtrage des Urgences, les personnes qui franchissent le filtre ne peuvent qu'être satisfaites.

- 4° Ces quelques remarques ne sont pas effectuées pour chercher des excuses, mais pour que tous les aspects du problème soient bien pris en compte. En revanche je regrette comme vous le manque d'information que vous avez ressenti. Il n'est pas consécutif à un mépris des équipes médicales et paramédicales, mais aux difficultés qui sont présentes en périodes de garde nocturnes et le week-end, avec une charge de travail majeure pour les équipes présentes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

## RESUME :

Les usagers du service d'accueil et d'urgence d'Angers écrivent des lettres de plainte pour exprimer leur mécontentement. Nous avons voulu savoir si cela était fréquent, pourquoi les usagers étaient mécontents et comment ces lettres étaient gérées.

Il y a peu de lettres au regard du nombre de patients pris en charge.

La majorité des plaintes concerne l'accueil (attente, comportement humain). Les contestations financières sont également nombreuses ainsi que les plaintes concernant la prise en charge globale.

Dans de nombreux cas, l'origine est un défaut d'information et d'explication, deux notions à améliorer si l'on veut diminuer ces plaintes.

Une proportion modérée concerne des erreurs diagnostiques, toutes effectuées dans le secteur chirurgical. Secteur où la formation orthopédique et radiologique des médecins prenant en charge l'accueil doit être accrue.

Très peu de ces lettres de plaintes aboutissent à des actions en justice. Par contre on note une augmentation du contentieux

MOTS CLES : urgences, plaintes, information, contentieux