



HAL
open science

L'étude des réclamations peut-elle permettre d'améliorer la qualité des soins ?

Anna Bidon

► **To cite this version:**

Anna Bidon. L'étude des réclamations peut-elle permettre d'améliorer la qualité des soins ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01409997

HAL Id: dumas-01409997

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01409997>

Submitted on 6 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2016

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

BIDON Anna

NEE le 15 Avril 1987 A Sainte Adresse

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 OCTOBRE 2016

L'ETUDE DES RECLAMATIONS PEUT-ELLE PERMETTRE D'AMELIORER LA
QUALITE DES SOINS ?

PRESIDENT DE JURY : PROFESSEUR BENOIT VEBER

DIRECTEUR DE THESE : DOCTEUR ELENA ADINA TIRIZICA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU médicale	HCN	Bio statistiques et informatique
Mr Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-
Mme Françoise BEURET-BLANQUART Qualité (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI de communication	HCN	Informatique médicale et techniques
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET gériatrie	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie

Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES reproduction	HCN	Biologie du développement et de la

Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) d'urgence	HCN	Réanimation médicale - Médecine
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) (UMR 1079)	Génétique moléculaire humaine
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

*CB - Centre Henri Becquerel
Rouvray*

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 03 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse, les Professeurs Benoît Veber, Luc-Marie Joly et Gilles Tournel, pour m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. J'espère que vous aurez pris autant de plaisir à le lire que j'ai pu en avoir à l'écrire.

A ma directrice de thèse et amie, le Docteur Adina Tirizica. Merci pour ton soutien, ta bonne humeur perpétuelle, et pour tout ce que tu m'as apporté et apportera encore dans la vie comme au travail.

Au Docteur Francis Le Sire, pour m'avoir acceptée au sein de votre équipe avec tant de bienveillance, pour vos conseils avisés. Merci de continuer à nous pousser à toujours nous améliorer.

Au Docteur Hervé Guignery Debris, pour ton aide précieuse, tes explications et ta patience.

A tous les médecins et para médicaux des Urgences du Havre, pour tout ce que vous m'avez appris, pour la bonne ambiance de travail que vous faites régner là-bas. Parce que grâce à vous, l'envie de faire des Urgences mon métier n'a jamais fléchi.

A ma mère et à ma sœur, qui m'ont toujours soutenue. Vous étiez présentes quand j'en ai eu besoin, m'avez encouragée quand il le fallait, et surtout, vous avez toujours cru en moi, c'est probablement ce qui m'a permis d'en arriver là.

A toute ma famille, vous qui avez suivi mon évolution avec intérêt et m'avez toujours encouragée.

A Mathilde R, sans qui l'internat n'aurait pas eu la même saveur ! J'ai eu la chance de te rencontrer grâce aux Urgences, et le fait que tu fasses partie de ma vie depuis est un bonheur. Merci d'être toi tout simplement.

A Benjamin et Mathilde C, mes futurs collègues, mes amis. La perspective de travailler avec vous est un plaisir autant qu'une motivation, et l'entraide et la complicité qui existent entre nous un soutien précieux.

PLAN :

Abréviations	18
Introduction	19
Première partie : les bases pour mieux comprendre	22
I. La justice française	23
I.1. Organisation de la justice en France	23
I.1.a. Un peu d'histoire...	23
I.1.b. L'ordre judiciaire	24
– Juridiction civile	24
– Juridiction pénale	25
I.1.c. L'ordre administratif	26
I.1.d. L'ordre disciplinaire	27
I.2. La responsabilité médicale	28
I.2.a. Contexte	28
I.2.b. Les différentes responsabilités médicales	30
– Responsabilité civile	30
– Responsabilité pénale	32
– Responsabilité administrative	33
– Responsabilité déontologique	35
II. La loi du 04 Mars 2002 dite Loi Kouchner	36
II.1. Démocratie sanitaire	36
II.1.a. L'information à priori et le consentement	36
– Le secret médical	36
– Le droit à l'information	37
– Le consentement	38
II.1.b. Le droit d'accès au dossier médical	38
– Contenu du dossier médical	38
– Conditions d'accès au dossier médical	39
II.1.c. Augmentation de la participation des patients aux soins	40
II.2. Réparation des conséquences des risques sanitaires	41
II.2.a La notion de faute	41
II.2.b. La procédure de réparation des dommages	41

– CRCI	42
– CNAM	45
– ONIAM	46
III. Inscription des plaintes dans la démarche qualité	47
III.1. Réclamations et certification des établissements de santé	47
III.1.a. Qu'est ce que la certification ?	47
– Histoire	47
– Les étapes de la certification	48
III.1.b. Place des réclamations dans la certification	50
III.2. La CRUCPQ	51
III.2.a : sa mission	51
III.2.b. Sa composition	52
III.2.c : son fonctionnement	54
Deuxième partie : Méthode et Résultats	56
I. Méthode	57
I.1. Choix de la méthode	57
I.2. Recueil des données	57
I.3. Présentation du service des Urgences du GHH	60
II. Résultats	61
II.1. Le nombre de passages par année et par secteur	61
II.2. Le nombre de plaintes par année	61
II.3. Les secteurs concernés	62
II.4. Les caractéristiques du dépôt de la réclamation	64
II.5. Les motifs de l'insatisfaction	66
II.6. Le personnel médical ayant pris en charge le patient	67
II.7. Temps de passage au SAU.....	68
II.8. Le temps de passage confronté au motif d'insatisfaction « temps d'attente »	68
II.9. Les périodes de garde	69
II.10. Le nombre de relèves	69

II.11. Délai de réponse du GHH au plaignant	69
Discussion	70
I. Les limites de l'étude	70
I.1. La méthode	70
I.2. Les biais	70
I.2.a. Le recueil de données	70
I.2.b. Le temps de latence entre le passage et la réclamation	70
I.2.c. Les plaintes	71
II. Les résultats	71
II.1. Le nombre de passages par année et par secteur	71
II.2. Le nombre de plaintes par années	72
II.3. Les secteurs concernés	72
II.4. Caractéristiques du dépôt de la réclamation	73
II.5. Motifs de l'insatisfaction	74
II.6. Personnel médical ayant pris en charge le patient	75
II.7. Temps de passage au SAU	76
II.8. Le temps de passage confronté au motif d'insatisfaction « temps d'attente »	76
II.9. Les périodes de garde	77
II.10. Le nombre de relèves	77
II.11. Délai de réponse du GHH au plaignant	77
III. Les points d'amélioration potentiels	78
III.1. Ce qui a déjà été fait	78
III.2. Ce qui pourrait être envisagé	79
Conclusion	81
Annexe	83
Bibliographie	85

ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AMC : Accueil Médico-Chirurgical

ARS : Agence Régionale de Santé

AUV : Accueil d'Urgence Vitale

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNAM : Commission Nationale des Accidents Médicaux

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CRUQPC:Commission de la Relation avec les Usagers et de la Prise en Charge

CSP : Code de la Santé Publique

EPP : Évaluation des pratiques Professionnelles

GHH : Groupe Hospitalier du Havre

MAO : Médecin d'accueil et d'Orientation

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires

RMM : Réunion de Morbi-Mortalité

SAU : Service d'Accueil d'Urgences

SHAM : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle

TI : Tribunal d'Instance

TGI : Tribunal de Grande Instance

INTRODUCTION

Tout professionnel de santé aura à faire face dans sa carrière à l'épreuve de voir une plainte déposée contre lui, ou bien connaît quelqu'un dans son entourage qui y a été confronté. Le sentiment que cela engendre semble être un mélange de honte, de trahison de la part du patient, d'injustice aussi quand on a eu l'impression de bien faire son travail et de tout donner pour ses malades. Les professionnels de santé sont donc réticents à aborder le sujet, celui-ci étant quasiment uniquement perçu de façon négative. Les plaintes des patients peuvent être vécues comme une accusation directe sur la qualité de son travail, et la judiciarisation de la médecine vue comme une intrusion de la justice dans la pratique de son métier.

Nous nous sommes donc intéressés aux études parues sur le sujet des plaintes à l'encontre du corps médical, ou sur l'effective judiciarisation de la médecine, et nous sommes alors rendus compte que peu de recherches avaient été faites dans ce domaine, en particulier dans le cadre des services d'Urgences qui drainent pourtant chaque année un nombre considérable de patients et où les médecins sont souvent le premier interlocuteur de ces malades. C'est donc à partir de ce manque d'informations et de données que nous avons décidé d'entamer ce travail de recherche.

Mais avant d'analyser les plaintes elles-mêmes, les questions que l'on peut se poser sont les suivantes : existe-t-il réellement une judiciarisation de notre profession ? Le risque d'entrer dans un mode de fonctionnement à l'américaine est-il avéré ? Plusieurs études, concernant surtout les sciences sociales ont tenté d'y répondre.

Ainsi, on note que depuis les années 80, un débat s'est installé sur une « judiciarisation de la médecine à l'américaine ». En effet, les États Unis connaissent depuis les années 70 une hausse impressionnante du nombre de plaintes et de recours aux tribunaux en ce qui concerne le domaine de la santé (2).

Ce phénomène est craint par les professionnels français qui voient leur métier se transformer également en ce sens. Les patients portent plus facilement plainte, demandent réparation, la Justice française modifie les lois dans ce domaine... On se pose alors la question d'une dérive vers une médecine « défensive », qui altérerait la dispensation des soins elle-même et la relation du praticien avec son patient.

Il apparaît en fait que la comparaison avec le système américain n'aurait pas lieu d'être. En effet, le fonctionnement états-unien est complètement différent de celui que l'on peut retrouver en France, il autorise plus facilement le recours à la justice, certains avocats ne demandant à être payés qu'à l'issue du procès, en cas d'indemnisation, de plus les assurances ne fonctionnent pas de la même manière, le système de sécurité sociale non plus, et les sommes allouées pour les indemnisations atteignent des montants inenvisageables en dans notre pays.

Si cette crainte est infondée, il n'en reste pas moins que la judiciarisation est une réalité. Ainsi en 2005, dans une étude sur la responsabilité administrative hospitalière, E. FLINOIS montre par des chiffres issus directement de la Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle (SHAM), principal assureur hospitalier, qu'on peut remarquer une nette inflation des réclamations. Alors que l'augmentation du nombre de plaintes n'était que de 5% par an jusqu'alors, en 2004, celle-ci passe à 12%. En sachant que les spécialités les plus touchées étaient alors l'anesthésie-réanimation, l'obstétrique, et la chirurgie (cette dernière représentant 73% des réclamations à cette époque). L'étude de ces courriers montrait que dans deux tiers des cas, étaient mis en cause la qualité des soins et le défaut d'information. Ceci dit, seulement un quart des dossiers auraient abouti à une indemnisation. La question des mécanismes ayant engendré la hausse des plaintes est également posée, il apparaît dans cette étude qu'ils sont multiples, avec notamment la modification de la justice qui est plus favorable aux victimes, mais également du fait de l'évolution du droit des malades et surtout de la modification de la relation médecin/malade avec l'érosion du statut hégémonique du médecin (45).

Ces modification en matière judiciaire auraient contribué à introduire le concept de médecine défensive, c'est à dire la pratique d'une médecine de l'évitement. BARBOT et Al dans une étude de sciences sociales de 2006, décrit des études américaines qui ont démontré une corrélation avérée entre le risque judiciaire réel et la crainte de la plainte, et donc qui rendrait rationnel le glissement des pratiques vers un comportement anticipatif. Mais dans cette étude, si pour certains praticiens, cette judiciarisation de leur profession dénature la médecine et trouble la relation thérapeutique avec le patient, d'autres voient au final le côté positif. L'exemple pris ici était celui de l'affaire du sang contaminé. La majorité des professionnels interrogés reconnaissaient que les bouleversements qui en avaient découlé avaient amené à plus de protocolisation et de rigueur dans leur exercice. L'autre exemple était celui des anesthésistes-réanimateurs, qui à la suite de procès médiatisés avaient réussi à obtenir la généralisation des salles de réveil, offrant alors une surveillance appropriée à leurs

malades. Ainsi, des bénéfices pourraient ressortir de l'incursion de la justice dans la prise en charge médicale **(6)**.

C'est également l'idée qui a été énoncée lors d'un congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence de 2011. P. Poles développe l'argument selon lequel les plaintes, si l'on parvient à mettre de côté le sentiment d'agression et de remise en question qu'elles provoquent, peuvent être analysées et devenir source d'amélioration des pratiques médicales. L'objectif serait d'avoir une lecture claire et standardisée des réclamations pour pouvoir en tirer des enseignements visant à l'amélioration de la prise en charge des patients **(5)**.

C'est dans cette optique que nous avons voulu réaliser notre travail. Le but ici est de recenser toutes les plaintes du service d'Urgences d'un Hôpital sur une période donnée, de les analyser, et de tenter d'en faire ressortir des points de dysfonctionnement. Il s'agira ensuite de voir dans quelle mesure nos pratiques pourraient être modifiées afin d'améliorer les soins prodigués au sein de cet établissement.

PREMIERE PARTIE :

LES BASES POUR MIEUX COMPRENDRE

I. LA JUSTICE FRANCAISE

I.1. L'organisation de la justice en France (35,38)

I.1.a. Un peu d'histoire... (38)

Jusqu'au XVIIIe siècle, la justice était rendue par le Roi, qui avait les pleins pouvoirs décisionnels. Ne pouvant être partout à la fois, il délégua cette tâche à des juges, répartis sur le territoire. Mais les juridictions étant enchevêtrées, les possibilités de recours multiples, la justice était à l'époque difficile et lente, un procès pouvant parfois durer toute une vie voire se poursuivre avec les générations suivantes. De plus, son accès était limitée aux citoyens aisés car les frais étaient à la charge des plaideurs.

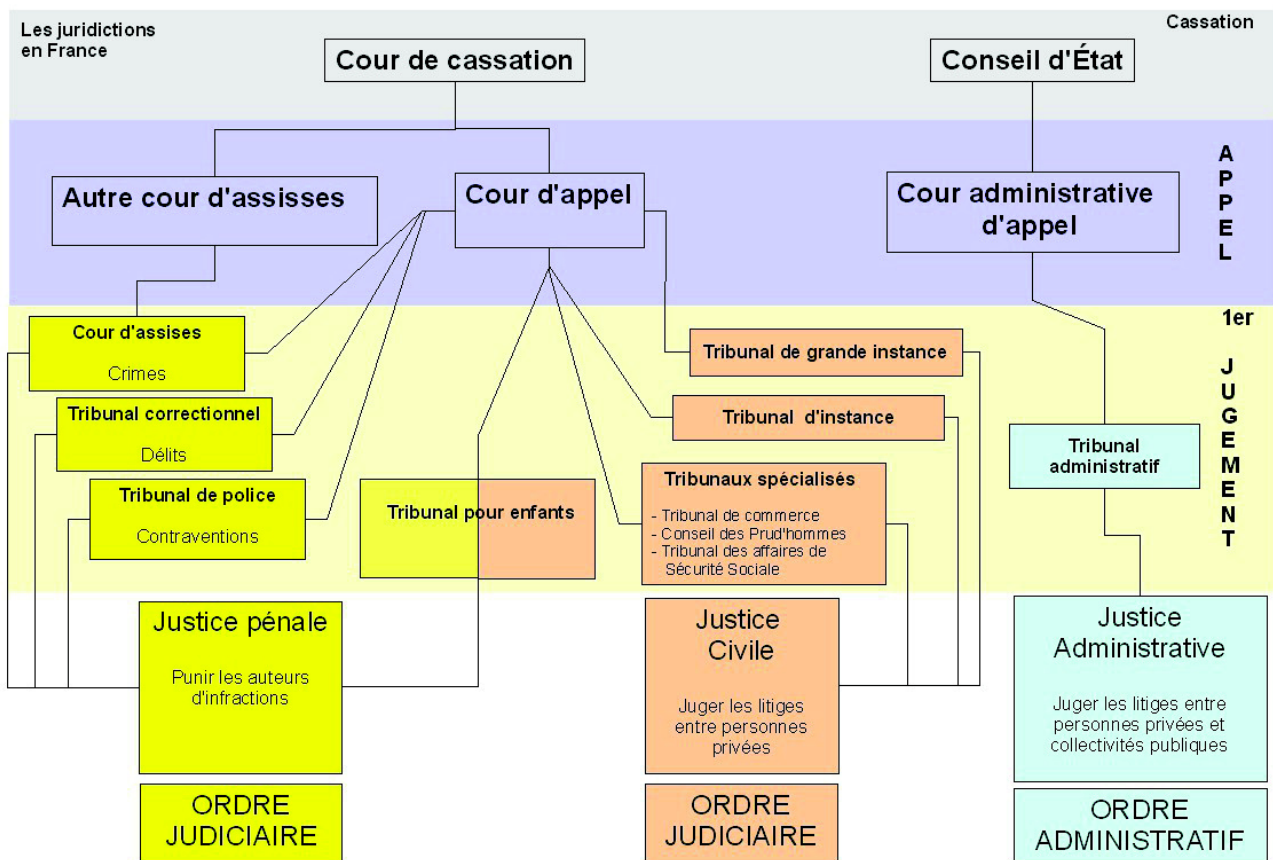
C'est avec la Révolution que la France connaît une réforme importante de son système judiciaire et la refonte complète de son organisation. Les lois d'Août 1790 posent le principe d'égalité devant la justice et instaurent le principe de séparation des deux ordres juridictionnels : administratif et judiciaire.

Puis l'arrivée de Napoléon, sacré Empereur en 1804, est à l'origine de grandes avancées sur le plan pénal avec la création du Code Civil (1804), du Code du Commerce, du Code de procédure civile, du Code d'instruction criminelle, et du Code Pénal (1810).

On ne notera pas de grands bouleversements jusqu'au milieu du XX e siècle et l'arrivée au pouvoir de Charles De Gaulle en 1958. A cette époque, les institutions judiciaires sont rénovées, des nouvelles cours d'Appel créées devant l'augmentation de l'activité judiciaire, et les Tribunaux d'Instance et de Grande Instance sont créés.

La Justice française actuelle repose sur des principes qui garantissent le respect des libertés fondamentales, elle est divisée en deux juridictions : l'ordre judiciaire, et l'ordre administratif. S'il existe un conflit entre les deux juridictions, c'est au Tribunal des Conflits de trancher pour savoir par quel Ordre une affaire sera jugée (32).

Figure 1 : organisation de la justice française.



I.1.b. L'ordre judiciaire :

Il est divisé en deux juridictions : civiles et pénales. L'ordre judiciaire civil n'inflige pas de peines, il est saisi pour des demandes d'indemnisations, tandis que le pénal sanctionne.

– La juridiction civile :

Elle tranche les conflits entre les personnes privées, et les affaires civiles sont toujours jugées selon les règles du Code civil et du Code de procédure civile.

Elle est saisie en vue d'une indemnisation et est composée de quatre tribunaux différents :

Le Tribunal d'instance : il traite les petits litiges de la vie de tous les jours et juge les affaires dont les demandes portent sur des sommes comprises entre 4 000 et 10 000 Euros. Il est présidé par un Juge d'Instance qui prend seul la décision finale. L'assistance d'un avocat n'est pas obligatoire. Ce Tribunal est très rarement concerné par les affaires mettant en cause les médecins, les demandes d'indemnisations dans ces cas là étant normalement beaucoup plus importantes.

Le Tribunal de Grande Instance : Il tranche les litiges concernant les demandes d'indemnisation de plus de 10 000 Euros. Le verdict est statué en formation collégiale, en présence de trois magistrats et de juges professionnels.

Le Tribunal du Commerce, le Tribunal des affaires de sécurité sociale, le Tribunal paritaire des Baux ruraux et le Conseil des Prud'hommes : ils sont spécialisés et ne concernent pas les litiges d'ordre médical.

Si la décision rendue est jugée insatisfaisante par une des parties, elle peut demander à ce que l'affaire passe en Appel, et en dernier recours en Cassation.

– La juridiction pénale :

Elle juge les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction, selon les règles du Code pénal et du code de procédure pénal.

Dans une procédure pénale, c'est la société, par l'intermédiaire du procureur, qui demande réparation à la personne inculpée. Si des individus ont également été victimes de cette personne, ils peuvent se porter partie civile en vue de demander un dédommagement. Son organisation entre les différents tribunaux se fait en fonction de la gravité de l'infraction commise : c'est à dire une contravention, un délit ou un crime.

Le Tribunal de Police : il siège au Tribunal d'Instance et juge les contraventions, soit les infractions pénales les moins graves. Il statue à juge unique.

En ce qui concerne le corps médical, il peut être saisi dans le cas de coups et blessures légers.

Le Tribunal Correctionnel : C'est en fait une chambre à part du Tribunal de Grande Instance, il juge les délits. Les sanctions sont des peines d'emprisonnement qui vont jusqu'à 10 ans (20 ans en cas de récidive), mais aussi des alternatives à l'emprisonnement, des amendes ou des peines complémentaires (comme l'interdiction d'exercer une activité professionnelle).

Il statue en formation collégiale composée de trois magistrats professionnels du TGI.

La Cour d'Assises : elle juge les crimes, ou les tentatives et complicités de crimes. C'est une juridiction départementale composée de trois juges professionnels et d'un jury formé de six citoyens tirés au sort.

Les arrêts rendus par la cour d'assise sont passibles de passer en Cour d'Appel si une des parties n'est pas satisfaite par le verdict rendu, le dossier est alors complètement repris.

En revanche, si l'arrêt rendu par la Cour d'Appel fait l'objet d'un pourvoi en Cassation, l'affaire n'est pas rejugée mais on vérifie que la loi a bien été appliquée.

I.1.c. L'ordre administratif

C'est une instance à part de l'ordre judiciaire et indépendante de l'Administration. Les Tribunaux Administratifs (TA) règlent les litiges entre les usagers et les pouvoirs publics, c'est à dire :

les administrations de l'État

les régions

les départements

les communes

les entreprises publiques

Il est possible de faire un recours devant la Cour administrative d'Appel en cas de contestation d'une décision rendue par le TA.

Tout en haut de la hiérarchie administrative se trouve le Conseil d'État. Il juge parfois les appels contre les TA et vérifie que la loi a été appliquée correctement. Il possède également un rôle consultatif auprès des gouvernements sur des projets de lois et de décrets importants.

I.1.d. L'ordre disciplinaire

Article R.4127-1 du Code de la Santé publique (18) :

« Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L.4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88 Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre »

La juridiction ordinaire ne remplace pas les autres juridictions, il n'existe d'ailleurs pas d'obstacle à ce qu'une action judiciaire de droit commun soit entreprise en parallèle. Elle ne juge que les violations du code de déontologie médicale.

Les sanctions infligées sont des peines professionnelles, qui sont par ordre croissant de gravité :

- l'avertissement
- le blâme
- l'interdiction temporaire ou définitive de travailler
- la radiation temporaire ou définitive de l'Ordre

En première instance, une affaire est jugée par la Chambre disciplinaire régionale de l'ordre des médecins. Si la décision est estimée discutable par une des parties, l'appel se fait alors devant la Chambre Nationale de l'Ordre des médecins. Enfin en derniers recours, comme pour l'ordre administratif, se trouve le Conseil d'État.

I.2. La responsabilité médicale

I.2.a. Contexte

Depuis la création du Code Civil, la responsabilité médicale était délictuelle et reposait sur un principe qui nécessitait d'apporter la preuve d'une faute, d'un dommage, et de la présence d'une relation entre les deux.

Article 1382 du Code Civil **(23)** :

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »

Article 1383 du Code Civil **(24)** :

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence »

Progressivement, on remarque une tentative des jurisprudences civiles et administratives de créer des régimes de responsabilité médicale favorables aux victimes, fondée sur la faute du praticien. Ainsi, l'arrêt Mercier, de la cour de Cassation du 20 Mai 1936 établit le caractère contractuel de la relation médecin-malade **(27)** :

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le médecin, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs, et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle »

Cette jurisprudence administrative marque le départ de l'élargissement de la responsabilité médicale. Mais les victimes sont alors encore trop souvent non indemnisées, ne parvenant pas à prouver la faute du médecin.

En 1990, la cour administrative d'appel de Lyon introduit la notion de responsabilité sans faute du service hospitalier, avec l'arrêt Gomez du 20 décembre (26), mais en restant limité à des situations exceptionnelles nécessitant la réunion de trois conditions :

- la thérapeutique choisie devait être une thérapeutique nouvelle aux conséquences non encore entièrement connues.
- le recours à cette thérapeutique ne devait pas s'imposer pour des raisons vitales ;
- l'utilisation de cette thérapeutique devait entraîner des complications exceptionnelles et anormalement graves.

Puis le Conseil d'État pose le cadre de l'aléa thérapeutique en Avril 1993 avec l'arrêt Bianchi, qui définit une avancée dans le domaine de l'indemnisation des victimes (25).

« lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité ».

Ainsi, la responsabilité des médecins et des établissements évolue progressivement de l'obligation de moyens classiques vers l'obligation de résultats. Mais dans le même temps, les procès se multiplient, les assureurs augmentent de façon importante les primes, les contrats sont résiliés.. Pour mettre fin à cela, le législateur intervient et crée la loi du 04 Mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (17). Cette dernière consacre le principe selon lequel la responsabilité des professionnels de santé et des établissements ne peut être engagée que pour faute d'un côté, et de l'autre, organise la réparation des accidents médicaux sur avis des CRCI : en cas de faute du praticien la réparation se fait par les assureurs des professionnels de santé, et en cas d'aléa thérapeutique par l'ONIAM.

I.2.b. Les différentes responsabilités médicales (14,42,45)

– La responsabilité civile

Elle concerne les professionnels de santé exerçant à titre libéral ainsi que les établissements de santé privés. La relation avec le patient est en principe contractuelle, mais peut également dans certaines occasions être délictuelle. La notion de responsabilité est retenue dans les deux cas s'il existe un fait fautif, un dommage, et un lien de causalité entre les deux.

La faute contractuelle :

Le contrat passé est tacite et oral. Le médecin accepte d'un côté de proposer des soins, et le patient de son côté accepte de recevoir un traitement.

C'est un contrat qui est dit *intuitu personae*, c'est à dire « en considération de la personne » : le professionnel de santé s'engage à traiter personnellement le patient, sinon, il doit l'en informer.

Il est synallagmatique : il existe des obligations de la part de chacun des contractants, qui sont de payer les honoraires et suivre les prescriptions pour le patient, et une obligation de soin et d'information pour le médecin.

La faute délictuelle :

Elle est retenue dans les cas où aucun contrat n'a été passé entre le patient et le professionnel de santé, on recense trois situations :

- L'absence d'accord de volonté de la part du patient, dans le cas où il serait inanimé, mineur, ou incapable de prendre une décision par lui-même.
- En fonction du type d'exercice. Un contrat pour être valable doit être licite, ce qui ne sera pas le cas si la pratique de la médecine est faite de façon illégale. D'une autre manière, dans la situation des médecins hospitaliers ou médecins conseils des assurances maladie, le contrat est passé avec l'hôpital ou avec la caisse mais pas directement avec le professionnel de santé.
- Si le dommage a lieu en dehors du contrat de soin. Par exemple un patient qui chute en sortant du cabinet ou le médecin qui cause des dommages matériels de façon involontaire lors d'une visite à domicile.

Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité civile médicale :

La faute de défaut d'humanisme :

Le médecin répond à des devoirs qui découlent des principes généraux de respect du patient. Elle comprend notamment l'obligation d'obtention de consentement, du respect du secret professionnel, mais également de l'obligation d'assistance à personne en péril.

Certaines de ces notions étant également présentes dans le code pénal et le code de déontologie, un manquement peut être source d'engagement des responsabilités pénales et disciplinaires.

En ce qui concerne le consentement du patient, celui-ci est parfois difficile à obtenir, par exemple en cas d'urgence ou d'impossibilité du patient à s'exprimer. Le médecin doit alors tenter de contacter la personne de confiance, la famille ou les proches afin de recueillir leur consentement. En cas de litige c'est au professionnel de santé d'apporter la preuve qu'il a bien été recherché.

Pour le cas du refus de soin, la Loi Leonetti du 22 Avril 2005 explique qu'il faut tout faire pour tenter de convaincre le patient du bien fondé d'un traitement lorsqu'il décide de l'arrêter ou de le refuser et que cela met sa vie en danger, mais que s'il tient sa position, il faut le respecter.

Enfin, si le patient ne souhaite pas être tenu au courant d'un diagnostic, le médecin doit le respecter, sauf dans le cas particulier où des tiers pourraient être exposés à des risques de transmission **(28)**.

Le manquement au devoir d'information :

Les obligations d'information visent à obtenir un consentement de la part du patient qui soit libre et éclairé, sans quoi l'acte médical ne peut être réalisé. L'information devant être claire, loyale et appropriée, et étendue aux risques graves et fréquents normalement prévisibles d'un traitement (art R. 4127-35 et art L. 1111-2 du code de santé publique) **(19,20)**

Il incombe au médecin de prouver que cette information a bien été donnée, par tous les moyens disponibles, mais la preuve écrite est le plus souvent recommandée.

La faute technique :

Elle peut être retenue lors de l'élaboration du diagnostic, du choix du traitement ou de la réalisation d'un acte. Mais pour cela, l'erreur en question doit être fautive, c'est à dire qu'elle n'aurait pas été commise par « un bon médecin placé dans les mêmes circonstances ».

En général, la preuve est apportée par une expertise médicale. Elle sera démontrée en fonction du respect de la loi et des pratiques en vigueur, ainsi que des données acquises de la science. Par exemple, un mauvais diagnostic ne sera pas forcément retenu comme une faute dans les cas difficiles, si tant est que le professionnel de santé avait effectué les examens recommandés dans la situation où se trouvait ce patient.

Seront retenues comme fautes techniques les erreurs d'imprudence ou de négligence, comme une blessure pendant une opération chirurgicale ou le défaut de surveillance en post opératoire entraînant des complications.

– La responsabilité pénale

Contrairement aux juridictions civiles, l'engagement de la responsabilité médicale pénale ne met pas en jeu une demande d'indemnisation par la victime, mais engendre des sanctions punitives qui sont l'amende et/ou l'emprisonnement.

Aux yeux du droit pénal, le professionnel de santé est reconnu comme un citoyen ordinaire, aucun texte ne le visant en particulier. Ceci étant dit, c'est un corps de métier qui touche à l'intégrité du patient, et est donc particulièrement exposé aux fautes qui peuvent être décrites dans le code pénal.

Il existe trois types de faute : la faute simple, la faute caractérisée et la faute délibérée.

En ce qui concerne la faute simple : elle comprend la maladresse, qui peut être une méconnaissance de l'art médical sans en être forcément conscient, ou bien l'imprudence, qui est le fait de sciemment mal agir en pensant qu'il n'y aura pas de conséquences dommageables ou en acceptant les conséquences.

La faute est dite caractérisée lorsqu'elle expose le patient à un risque qu'on ne peut ignorer. Elle a nécessairement pour conséquence un dommage corporel.

La faute est enfin dite délibérée s'il y a violation des lois ou des règles de sécurité en vigueur, de manière délibérée. Elle constitue également un facteur aggravant, qui engendrera des conséquences plus sévères que celles prévues pour la faute simple.

Infractions pénales rencontrées en médecine :

Les atteintes involontaires à la vie ou à la personne (homicide involontaire...)

Homicide volontaire

Violences volontaires ayant entraîné une ITT

Mise en danger de la vie d'autrui (administration volontaire de substance nuisible...)

Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente

Non assistance à personne en danger

Infractions aux règles encadrant les expérimentations sur la personne humaine

Infractions aux dispositions relatives à l'IVG

Violation du secret professionnel

Manquement grave à une obligation professionnelle

Exercice illégal de la médecine

Faux et usage de faux (fausses déclarations...)

Certificats de complaisance.

– La responsabilité administrative **(45)**

En droit administratif, le médecin qui exerce en établissement de santé publique n'est pas considéré comme responsable des dommages causés aux patients par sa faute. En effet, en libéral ou en privé, le contrat est passé entre le médecin directement et le patient, dans le cas du public, le contrat est passé entre agent et usager du service public.

Depuis la loi du 13 Juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Loi Le Pors, c'est l'établissement public dans lequel exercent les agents qui assume la responsabilité de leurs fautes. (*articles 11 et 11 bis A de la loi 83-634*) **(15)**. Il doit donc les couvrir des condamnations civiles prononcées à leur encontre, de même, c'est également lui qui versera les indemnisations en cas de conséquences dommageables de l'action du praticien.

Mais cette immunité civile peut être levée dans des cas exceptionnels, où l'on peut considérer que la faute commise par le médecin est détachable de ses fonctions au sein du service. Ce dernier doit dans ce cas répondre de sa faute et engager sa responsabilité civile.

Les fautes sont alors considérées comme étant d'une gravité exceptionnelle et découlent d'un comportement autonome du praticien jugé comme inexcusable ou inadmissible au regard du droit ou de la déontologie. Dans ce cas, les juridictions civiles sont alors compétentes.

Afin d'assurer une indemnisation certaine de la victime, les juges ont développé l'idée selon laquelle une faute ne peut pas être complètement détachable du service. Si l'on parvient à trouver un lien entre la faute commise par le médecin et l'exécution de sa mission de service public, c'est la responsabilité de l'administration qui est engagée. Ce lien serait de plus en plus souvent recherché par les juges devant le souci de voir les patients correctement indemnisés.

L'administration peut par la suite se retourner contre son agent pour lui réclamer le remboursement des sommes versées, d'où la nécessité, même pour les praticiens hospitaliers de contracter une assurance Responsabilité Civile.

La responsabilité administrative sera engagée pour les mêmes raisons que la responsabilité civile des médecins libéraux ou exerçant dans le privé.

En ce qui concerne les fautes détachables du service, qui ne seront pas mise sous la responsabilité de l'établissement, leur définition reste floue dans le sens où elles sont extrêmement rares.

On peut toutefois citer :

- La faute inadmissible, inexcusable au regard de la déontologie professionnelle
- La recherche d'intérêt personnel
- L'acte révélant une intention malveillante avec volonté de nuire
- L'acte ressortant de la vie privée de l'agent
- Globalement, la plupart des fautes engageant la responsabilité pénale

– La responsabilité déontologique

La juridiction disciplinaire, comme la juridiction pénale, n'a pas pour vocation l'indemnisation. Elle sanctionne le non respect des règles de déontologie auxquelles sont soumis tous les professionnels de santé.

En effet, les médecins doivent tous répondre à des devoirs, qui sont retranscrits dans le Code de Déontologie, lui même retranscrit dans le Code de la Santé Publique. Un manquement à ces devoirs peut engager la responsabilité disciplinaire. Le champ de la déontologie étant assez vaste, il peut concerner un grand nombre de fautes que l'on ne pourra pas détailler ici.

La responsabilité disciplinaire pourra être engagée dès lors que le professionnel est inscrit à l'ordre des médecins, mais aussi pour l'étudiant en médecine effectuant un acte médical lors d'un remplacement, ou pour le professionnel ressortissant d'un état membre de l'Union Européenne qui effectue une prestation en France.

II. LOI DU 04 MARS 2002 DITE LOI KOUCHNER (17)

Le droit des malades avait déjà été évoqué dans certains textes législatifs, dans des textes réglementaires comme le code de déontologie ou dans des jurisprudences administratives et judiciaires. Mais le besoin de lois concernant le système de santé au sens large se faisait ressentir afin de donner une valeur juridique uniforme aux droits des malades. C'est dans ce contexte qu'a été créé le texte du 04 Mars 2002.

Il est composé de 126 articles qui sont divisés en cinq grandes parties :

Titre I : la solidarité envers les personnes handicapées

Titre II : démocratie sanitaire

Titre III : qualité du système de santé

Titre IV : réparation des conséquences des risques sanitaires

Titre V : dispositions relatives à l'Outre-Mer

Nous allons nous intéresser particulièrement aux Titres II et IV.

II.1. Titre II : Démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire, c'est faire du patient un acteur à part entière de sa prise en charge. Cela passe nécessairement par l'information, le recueil du consentement, permettant la participation active du malade au traitement. On y trouve également la reconnaissance des droits collectifs des usagers par le biais associatif.

II.1.a. L'information a priori et le consentement

- Le secret médical :

D'après la loi, le malade a le droit « au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant ». Le médecin est normalement seul détenteur de ces informations et ne doit pas les diffuser. Cependant, l'échange est possible entre les différents professionnels concernés par le dossier afin d'assurer la continuité des soins et la meilleure prise en charge, mais ils n'auront normalement pas accès à la totalité des données, uniquement à celles nécessaires pour la fonction qu'ils remplissent.

– Le droit à l'information :

Déjà une obligation déontologique pour tous les médecins, que la loi a choisi de renforcer et d'y apporter des précisions devant le caractère souvent incomplet et imprécis des informations données.

Ainsi, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, pour avoir les données lui permettant une bonne compréhension, afin d'apporter un consentement libre et éclairé aux traitements et examens dont il va bénéficier.

C'est dans l'article L 1111-2 du code de la santé publique qu'on retrouve le détail de l'information à donner **(20)** :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver »

L'information doit être donnée au patient par le médecin lui-même lors d'un entretien individuel. En cas de litige, c'est au professionnel de santé d'apporter la preuve de sa délivrance.

S'il en a exprimé le souhait, le malade peut être tenu dans l'ignorance, sauf en cas de risque de contamination. Le praticien peut aussi décider de garder des informations s'il estime que c'est dans l'intérêt de son patient.

Dans les cas de diagnostic ou de pronostic grave, rien n'empêche le médecin d'informer la famille ou la personne de confiance, sauf volonté contraire exprimée clairement par le malade, afin que ses proches puissent lui apporter le soutien dont il a besoin.

En ce qui concerne les mineurs et les majeurs sous tutelle : l'information doit bien entendu être en premier lieu délivrée aux parents ou aux représentants légaux, mais il est possible également d'en discuter avec les personnes concernées afin qu'ils soient acteurs de leur prise en charge dans la mesure du possible. Dans le cas du mineur, le discours sera adapté à son degré de maturité, et pour le patient mis sous tutelle à son degré de discernement.

- Le consentement :

Toutes ces informations sont données afin que les malades puissent prendre, avec le médecin, les décisions concernant leur santé.

Il faut savoir qu'aucun acte médical ne peut être effectué sans le consentement libre et éclairé du patient. Ce dernier a le droit de refuser une prise en charge, après avoir été informé des conséquences de son choix, il faut alors respecter sa volonté. Même en cas de mise en danger, le praticien doit bien sûr tout tenter pour le convaincre mais ne pourra au final pas passer outre son refus.

Dans le cas où le malade se trouve dans l'impossibilité de s'exprimer, aucun acte ne pourra être effectué sans avoir d'abord tenté de joindre la famille, les représentants légaux ou la personne de confiance. Exception faite bien évidemment de l'urgence ou de l'impossibilité de recueillir ce consentement.

II.1.b. Le droit d'accès au dossier médical

- Le contenu du dossier médical :

Toutes les informations contenues dans le dossier médical ne sont par forcément transmissibles au patient, c'est l'article L 1111-7 du code de la santé publique qui détaille ce qui peut être remis à celui qui en fait la demande **(21)**.

Ainsi doivent apparaître :

Les informations dites formalisées

Celles qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention

Les échanges écrits entre professionnels de santé

Les résultats d'examen

Les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration

Les comptes rendus d'hospitalisation

Les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre

Les feuilles de surveillance

Ceci à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Ce que l'on entend par information formalisée :

Aucune définition n'est vraiment apportée à ce sujet dans la loi. Cependant, lors d'une séance de l'Assemblée Nationale en Octobre 2001, le ministre de la santé dit que *« les notes qui président à la rédaction définitive du dossier, les notes d'un étudiant ou les réflexions d'un médecin (...), ne font pas partie de la formalisation du dossier »* (29).

Par ailleurs, l'ANAES, dans ses recommandations de 2005 sur l'information du patient, précise que : *« C'est dans la mesure où certaines des notes des professionnels de santé ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention qu'elles peuvent être considérées comme « personnelles » et ne pas être communiquées : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non »* (30).

– Les conditions d'accès au dossier médical :

Qui peut formuler la demande ?

- Le patient
- Le représentant de l'autorité parentale si le patient est mineur
- Le tuteur légal
- Les ayants droit du patient décédé
- Le médecin désigné comme intermédiaire par une de ces personnes

A noter que pour les ayants droit, cette requête est limitée à certaines situations précises : pour connaître les causes de la mort, pour défendre la mémoire du défunt, ou bien pour faire valoir des droits. De plus, l'accès ne peut se faire que si le patient n'avait pas clairement exprimé son opposition de son vivant, ou si l'hôpital ou le médecin traitant n'avait pas connaissance de litiges entre lui et les ayants droit.

A qui le demander ?

La demande peut être adressée soit au professionnel de santé directement, soit au responsable d'un établissement de santé publique.

Quelles sont les modalités d'accès ?

La requête doit être honorée après un minimum de 48h de réflexion de la part de l'établissement, et avant un maximum de 8 jours. Ce délai peut être reporté à 2 mois si les informations médicales datent de plus de 5 ans, ou si la Commission Départementale des hospitalisations psychiatriques a été saisie.

Le patient peut soit consulter son dossier sur place et gratuitement, soit demander à ce qu'une copie lui soit envoyée à ses frais (qui n'excédera par le coût de la reproduction et de l'envoi).

La présence d'une tierce personne peut lui être proposée, qui sera soit un médecin de son choix afin d'expliquer certaines informations médicales, soit un non professionnel, dans les cas où le patient risque d'avoir besoin de soutien psychologique au vu des éléments contenus dans le dossier (pronostic grave par exemple). Si le patient refuse cette présence, cela ne sera pas un obstacle à la consultation du dossier de toute façon.

Le cas du mineur : comme dit précédemment, la demande est faite par les représentants de l'autorité parentale, mais le médecin doit rechercher le consentement du patient et celui-ci peut s'y opposer.

Le mineur lui-même peut faire la demande d'accès à son dossier médical, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par l'autorité parentale.

II.1.c. Augmentation de la participation des patients aux soins

L'article L 1112-3 du CSP prévoit le remplacement des commissions de conciliation locales par des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge, ou CRUQPC **(22)**. Elles contribuent à l'amélioration de la qualité d'accueil des malades et de leurs proches et veillent au respect des droits des usagers.

Leur fonctionnement sera décrit en détail plus loin dans le texte.

II.2. Réparation des conséquences des risques sanitaires

Nous l'avons déjà évoqué plus haut mais la loi Kouchner révisé la notion de responsabilité médicale et prévoit des modalités d'indemnisation des dommages pouvant être causés.

II.2.a. La notion de faute :

Les professionnels de santé ou les établissements ne seront donc reconnus pour responsables lors de conséquences dommageables au cours d'un acte de prévention, de soin, de diagnostic qu'en cas de faute ou de défaut d'un produit de santé.

Leur responsabilité sera également engagée en cas d'infection nosocomiale, sauf si la preuve d'une origine étrangère est rapportée.

La loi de 2002 rend obligatoire pour tous les professionnels de santé la souscription d'un contrat de responsabilité civile professionnelle, entrant dans le cadre de la nouvelle procédure d'indemnisations.

II.2.b. La procédure de réparation des dommages :

Elle permet le dédommagement des victimes en cas de faute médicale mais introduit également la notion d'aléa thérapeutique, ce qui permet aux patients d'être indemnisés quand la responsabilité directe des professionnels de santé ou des établissements n'a pas été reconnue. Elle repose principalement sur la création de trois nouvelles structures : l'ONIAM, la CNAM et les CRCI.

LES CRCI (33,36) :

Soit les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales.

Elles sont devenues les CCI depuis un décret du 02 Mars 2012 en raison du projet de création d'une deuxième commission dans certaines régions.

Leurs missions :

Comme leur nom l'indique, elles possèdent 2 fonctions différentes :

- La conciliation : elles facilitent le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, ou tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé ou producteurs de produits de santé.
- L'indemnisation : Elle permet une indemnisation rapide des victimes d'accidents médicaux dans le cadre de la procédure de règlement à l'amiable. Cette procédure est réservée aux préjudices graves. (Si le seuil de gravité n'est pas atteint, la Commission peut orienter les victimes vers la conciliation). Cette procédure est gratuite, et ne nécessite pas la présence d'un avocat, bien que celle-ci soit possible. Un avis est rendu dans les 6 mois, après expertise médicale.

Leur composition :

Les CRCI sont composées du Président, de 12 membres titulaires, et de 24 suppléants. Tous sont nommés pour une durée de 3 ans renouvelable, et sont soumis à une déclaration publique d'intérêt.

- Le Président : est obligatoirement un magistrat, de l'ordre administratif ou judiciaire, en activité ou honoraire, et doit siéger à chaque séance.
- Les représentants des Usagers : au nombre de 3, ils sont proposés par les associations médicales agréées.
- Un professionnel de santé exerçant en libéral, désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives.
- Un praticien hospitalier, désigné lui aussi après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives.
- Un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publiques.
- Deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privées, dont 1 représentant des organisations d'hospitalisation privées à but non lucratif.
- Le directeur de l'ONIAM ou son représentant.
- Un représentant des entreprises pratiquant l'assurance responsabilité civile médicale.
- Deux représentants qualifiés dans le domaine des réparations des préjudices corporels

Pour chacun de ces membres, 2 suppléants sont nommés. Ils ne participent aux délibérations qu'en l'absence du titulaire.

Leur fonctionnement :

En ce qui concerne l'indemnisation :

La commission peut être saisie par les ayants-droits d'une personne décédée, ou par tout usager qui s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soin. Un formulaire à remplir est disponible sur le site de l'ONIAM, la demande est ensuite envoyée par lettre recommandée avec un certain nombre de pièces justificatives à la Commission.

A noter qu'il est possible d'entamer une procédure judiciaire en parallèle mais le juge et la CCI doivent en être informés. Dès réception de la demande, l'établissement, l'entreprise ou le professionnel de santé impliqués sont mis au courant, ainsi que l'organisme de Sécurité Sociale auquel la victime est affiliée.

Pour que la demande soit prise en charge, plusieurs critères sont à respecter :

- Atteinte permanente de l'activité physique ou psychique atteignant un taux de plus de 24%.
- Arrêt temporaire d'activité professionnelle d'au moins 6 mois consécutifs, ou non consécutifs mais étalés sur une période d'un an.
- Inaptitude définitive à exercer l'activité professionnelle antérieure à l'accident
- Déficit temporaire d'au moins 50% pendant une durée de 6 mois consécutifs, ou non consécutifs sur une durée de 1 an.
- Troubles occasionnés particulièrement graves dans les conditions d'existence.

Si les critères de gravités sont respectés, la CCI prendra en charge la demande de la victime, et émettra un avis dans les 6 mois après réception de la saisine. Puis la décision sera transmise à la personne qui a saisi la Commission, mais aussi à tous les intéressés par le litige.

Pour rendre cet avis, la Commission demande une expertise médicale :

Tout d'abord, les experts doivent faire partie de la liste nationale des experts en accidents médicaux dressée par la CNAM (Commission Nationale des Accidents Médicaux). Ils sont en place pour 5 ans, renouvelable après une nouvelle évaluation de leurs pratiques et connaissances.

La Commission désigne pour l'expertise soit un collège d'experts, soit un seul expert si elle l'estime suffisant. A titre exceptionnel, lorsque le préjudice le justifie, elle peut nommer un spécialiste en dehors de cette liste.

Pour rendre son expertise, les experts peuvent obtenir tous les documents nécessaires à l'étude du dossier, y compris médicaux, sans que puisse leur être opposé le secret médical ou professionnel. En revanche, l'expert est quant à lui soumis à ce secret professionnel. Une demande est également possible auprès du Président du TGI d'autoriser un ou plusieurs experts médicaux à pratiquer une autopsie ayant pour but la recherche des causes du décès.

Au terme de l'expertise, si la CCI estime qu'un dommage correspondant aux critères sus-cités implique un professionnel de santé, un établissement, un service de santé ou un producteur de produits de santé, l'assureur garantissant la responsabilité civile ou administrative de la personne concernée a 4 mois à partir de la réception de l'avis de saisine pour adresser à la victime ou à ses ayants-droits un offre d'indemnisation. Il est également tenu de rembourser l'expertise à l'office qui en a supporté les frais.

En cas d'acceptation de l'offre, l'assureur a 1 mois, à compter de la date de réception de l'acceptation de l'offre par la victime, pour payer. Si l'offre est jugée insuffisante par la victime, elle a le droit de saisir un juge compétent, qui peut estimer l'offre insuffisante, et condamner alors l'assureur à verser à l'ONIAM une somme au maximum égale à 15% de l'indemnité qu'il alloue.

CNAM :

Le président est désigné par le ministre de la Justice et par celui de la Santé.

Elle dresse la liste des experts médicaux après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances et pratiques.

Elle assure la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale.

Elle établit des recommandations sur la conduite des expertises.

Elle veille à l'application homogène de ces expertises et des indemnisations par les CCI.

Elle remet un rapport annuel au gouvernement et au Parlement sur l'évaluation de l'ensemble du dispositif d'indemnisation.

ONIAM (40) :

L'office national des accidents médicaux, affections iatrogènes et des infections nosocomiales est un dispositif public mis en place par la loi du 04 Mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé.

Son but est d'organiser le dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux fautifs (en cas de défaillance de l'assureur), ou non fautifs, de façon amiable, rapide et gratuite.

Il s'appuie pour cela sur les avis émis par les CCI, dont ils sont des organismes distincts mais poursuivant le même but.

Ils prennent également en charge les expertises demandées par les CCI lors des études de dossiers d'indemnisation.

III. INSCRIPTION DES PLAINTES DANS LA DEMARCHE QUALITE

III.1. Réclamations et certifications des établissements de santé

III.1.a. Qu'est ce que la certification :

C'est une procédure obligatoire d'évaluation externe et indépendante des établissements de santé.
Son but est « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients »

- Histoire :

Procédure mise en place suite à l'ordonnance du 24 Avril 1996 portant sur la réforme hospitalière, elle est tout d'abord confiée à l'ANAES, puis à l'HAS depuis la loi du 13 Août 2004. Elle est inspirée des modèles américains et canadiens notamment, d'ailleurs, les présidents des organismes de ces deux pays siègent initialement au conseil scientifique de l'ANAES de 1998 à 2004.

Depuis 1996, quatre cycles différents ont été mis en place :

1er cycle : reposant sur le premier manuel officiel (version V1) de 1999, il prévoyait l'accréditation de tous les établissements en cinq ans.

Il était surtout centré sur la gestion des établissements et les modalités de prise en charge administratives du patient. Les actes médicaux eux-même n'étaient quasiment pas abordés, ce qui fait que la certification n'était pas obligatoirement gage de bonne qualité des actes dispensés par les établissements, ce qui s'éloigne quelque peu du but premier énoncé en début de chapitre.

2ème cycle : la version V2 est entrée en vigueur en 2005, cette fois sous la responsabilité de l'HAS. L'objectif est de simplifier la procédure et de la médicaliser : « amélioration du service médical rendu au patient ». On retrouve ici l'introduction de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Ce sont des projets d'amélioration des pratiques professionnelles des établissements, qui se doivent d'être intégrés à l'exercice clinique quotidien.

3ème cycle : le manuel V2010 est adopté en 2009 et a trois objectifs différents : simplifier encore la démarche, accentuer sa médicalisation, et mieux intégrer la certification dans les politiques menées par l'ARS. Il est divisé pour plus de clarté en deux chapitres distincts qui sont le management et la prise en charge des patients.

On invente cette fois la notion de « pratiques exigibles prioritaires », ou PEP, qui correspondent aux sujets jugés « fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Les EPP en font parti, mais également le système de gestion des plaintes et des réclamations (critère 9a).

4ème cycle : la version V2014 qui est mise en place depuis début 2015 est très axée sur la procédure de certification elle-même.

– Les étapes de la certification **(43)** :

Première étape : l'entrée dans la procédure de certification et l'avant visite

Pour les établissements déjà inscrits dans la procédure, l'HAS envoie un dossier d'interface à remplir en vue de la visite. Il contient les informations générales sur le fonctionnement de l'établissement ainsi que la synthèse des inspections et contrôles réalisés, mais aussi concernant le périmètre de certification et la dimension de la visite (nombres de jours et d'experts visiteurs nécessaires). Ce dossier doit être envoyé au moins six mois avant l'envoi du compte qualité et de la date de la visite.

Le compte qualité est la synthèse par thématiques des engagements de l'établissement en matière de management de la qualité et des risques ainsi que dans leur démarche d'amélioration. Il permet également de répondre à l'auto évaluation, qui est obligatoire. L'analyse du compte qualité permet de définir le programme de la visite.

Dans le cas des nouveaux établissements, qui n'ont pas encore été soumis à la certification, c'est à eux d'envoyer à l'HAS une demande d'entrée dans la procédure.

Deuxième étape : la visite

Son but est d'identifier les écarts et points de conformité par rapport aux critères du manuel.

Une visite à caractère obligatoire est programmée par la HAS. Le programme et le calendrier sont communiqués au moins six semaines à l'avance, et la liste nominative des experts visiteurs au moins trois semaines à l'avance.

Pendant la visite, l'établissement est dans l'obligation de fournir aux experts visiteurs tous les documents nécessaires pour mener à bien leur mission. Ces derniers sont amenés à rencontrer les professionnels de santé dans le domaine de compétence qu'ils évaluent. Ils établissent quotidiennement un rapport qu'ils présentent à l'établissement.

Par la suite, un pré-rapport de certification est élaboré, il est composé des rapports de visite et de la qualification des écarts par rapport aux critères du manuel. Ce document est adressé dans les cinq semaines suivant la visite à l'établissement concerné, qui a lui même un mois pour formuler des observations.

Troisième étape : la décision

Le dossier composé du pré rapport et des observation de l'établissement est transmis à la Commission de revue des dossiers de certification (Credo) qui donne un avis sur chacune des thématiques investiguées et propose :

Soit une certification pour six ans

Soit une certification pour quatre ans avec recommandations d'améliorations

Soit une certification pour quatre ans avec obligation d'amélioration

Soit une non certification

Soit une décision de surseoir à la certification

Puis le dossier est transmis à la HAS qui donne sa décision finale sur le même modèle, avec éventuellement la nature des recommandations ou obligations et les modalités de suivi.

Quatrième étape : le suivi

Il dépendra de la décision finale rendue par la HAS.

En cas de certification, un compte qualité doit être envoyé par l'établissement à la HAS tous les vingt quatre mois, et une visite sera programmée à moins de six ans de la décision.

En cas de certification avec recommandations, un compte qualité est également transmis à la HAS tous les vingt quatre mois, mais doivent y être démontrés la réduction des écarts identifiés dans le rapport. Une visite se fera au maximum dans les quatre ans, cependant, l'établissement peut solliciter une visite non annoncée. Si cette dernière aboutit à une décision de certification sans conditions, la date de la prochaine visite peut être allongée de deux ans, ce qui fait au final six ans entre les deux visites obligatoires.

Pour la certification avec obligation d'amélioration, le compte qualité est envoyé tous les douze mois et porte sur les thématiques remises en cause. La HAS peut alors soit décider d'une certification sans ou avec recommandations, soit organiser une visite de suivi qui peut aboutir aux mêmes conclusions, ou non.

Dans le cas de la non certification enfin, un compte qualité est envoyé tous les douze mois et une visite est programmée au maximum dans les deux ans suivant la décision initiale.

III.1.b. Place des réclamations dans la certification :

La notion de pratiques exigibles prioritaires est introduite dans la version V2010 du manuel, afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins par le biais de la certification. Ce sont des critères dont l'étude par les experts visiteurs sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée.

Les thèmes sont sélectionnés sur l'identification de sujets jugés fondamentaux par la HAS mais aussi sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets (43).

Les PEP sont composées de treize critères, dont le cinquième est intitulé « Système de gestion des plaintes et des réclamations ». Ce système est donc sensé concourir à l'amélioration de la qualité et du fonctionnement des établissements.

Son but est de recueillir l'avis des usagers, et de leur apporter des réponses pertinentes. Pour devenir un outil d'aide à l'amélioration de la prise en charge, les plaintes sont exploitées afin d'identifier et de hiérarchiser les dysfonctionnements.

Ce sont les rôles donnés à la CRUQPC.

III.2. LA CRUQPC (34,37,41)

Les CRUQPC, ou bien Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, sont des organismes qui ont été mis en place dans chaque établissement de santé, privé ou public, suite au vote de la Loi du 4 Mars 2002. Leur composition et leur fonctionnement sont fixés par un décret du 2 Mars 2005.

Elles s'inscrivent dans une démarche de démocratie en santé, qui vise à associer les acteurs et les usagers du système de santé pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé.

Leur origine reste assez récente, et remonte aux Ordonnances dites Juppé de 1996 (31), qui prévoyaient la mise en place d'une commission de Conciliation, prévue pour faire entendre le point de vue des usagers. Sa création était devenue nécessaire devant la tendance des patients à vouloir s'impliquer de plus en plus dans leur prise en charge, et leur refus de plus en plus affirmé de poursuivre cette relation paternaliste qui existait avec les soignants, ainsi que devant leur revendication du droit à décider pour soi-même.

Mais rapidement, ces commissions sont limitées au seul rôle d'enregistrement des plaintes et réclamations. Or, l'Hôpital ne pouvant être juge et partie, il existe un manque d'impartialité flagrant, et la nécessité d'un troisième acteur devient alors évidente.

Le dispositif étant tout de même une avancée en matière de droit des patients, il a été révisé et optimisé dans un rapport préparatoire à l'élaboration de la Loi du 4 Mars 2002, ce qui a finalement donné lieu à deux instances encore en fonctionnement à ce jour : les CRCI et les CRUQPC (41).

III.2.a. Ses missions :

Elle joue un rôle dans la recherche d'une meilleure qualité des soins et de la prise en charge des patients. C'est à dire :

- Qu'elle veille au respect des Usagers et facilite leurs démarches. Elle fournit à ces personnes un lieu où exprimer leur mécontentement auprès des responsables des établissements, entendre leurs explications, et être tenus informés des suites données s'il y en a.
- Qu'elle possède un rôle de consultation sur la politique d'accueil et de prise en charge des malades et de leurs proches.

Pour ce faire :

- Elle examine l'ensemble des plaintes et des réclamations portées contre l'établissement de santé et qui ne présentent pas de caractère juridictionnel. Elle veille également à ce que tous soient tenus informés des voies de conciliation et des recours dont ils disposent.
- Une synthèse de toutes ces plaintes lui est fournie tous les 12 mois. Elle en analyse l'origine, les motifs et les suites données pour procéder à une appréciation des pratiques de l'établissement.
- Elle a accès au nombre, à la nature et à l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement.
- Elle reçoit les mesures relatives à la politique d'amélioration continue préparées par la Commission Médicale d'Établissement (CME)
- Lui sont communiquées également : le nombre de demandes d'accès aux informations médicales, ainsi que les délais dans lesquels ces requêtes sont honorées.
- Des enquêtes concernant la satisfaction des usagers sont prévues dans la loi, notamment par le biais des questionnaires de sortie d'hospitalisation, les résultats sont également transmis à la CRUQPC.
- Elle recense les mesures adoptées par le Conseil d'Administration au cours de l'année et évalue leur impact et leur mise en œuvre dans l'accueil et la prise en charge des usagers
- Enfin, elle formule des recommandations, particulièrement en matière de formation des professionnels (16).

III.2.b. Sa composition :

La loi prévoit une composition minimale, des membres dont la présence est obligatoire, et qui, en cas de vote, possèdent une voix délibérative :

- Deux médiateurs, un médecin, et un non médecin, plus leurs suppléants. Ils ont pour rôle de traiter les réclamations et de rétablir le dialogue entre les parties, mais n'ont pas pour rôle de trouver des solutions. L'un ou l'autre peut être saisi en fonction de la demande de l'utilisateur. Ces représentants sont choisis par la Direction, en tenant compte de leur volontariat bien sûr, de leur disponibilité, et de l'estime que leur portent leur collègues.

- Le Directeur de l'Hôpital. Il possède un rôle central dans l'établissement et assure l'articulation entre la CRUQPC et les autres instances de l'établissement. Il possède également un rôle décisionnel avec le président de la CME pour tout ce qui concerne la politique générale d'amélioration et de la qualité des soins, ainsi que la politique d'accueil et de prise en charge.
- Deux représentants des Usagers (RU), plus 2 suppléants. Ils doivent faire partie à l'origine d'associations de santé agréées par le Ministère de la Santé ou par le Préfet de Région. Ils sont nommés pour siéger à la CRUQPC par le Directeur de l'ARS. Souvent, les candidatures leurs sont soumises par le Directeur de l'établissement, ou bien l'ARS contacte le CISS (Collectif Inter associatif Sur la Santé) ou les associations agréées pour leur donner la liste des postes à pourvoir. Une fois la candidature acceptée, le RU devra attendre, si les représentants en place sont déjà au complet, que leurs mandats se terminent.
- Le Responsable Qualité. Un peu à part puisqu'il ne possède pas de voix décisionnelle en cas de vote mais uniquement consultative. Il représente le Directeur en cas d'absence de ce dernier. Son rôle est de conduire son établissement vers la Certification.

Le règlement Intérieur de l'hôpital prévoit une composition élargie de la CRUQPC, une liste de membres dont la présence n'est pas obligatoire et qui ne possèdent pas de voix décisionnelle mais uniquement consultative. Ce sont des représentants d'associations indispensables au fonctionnement de l'établissement :

Le président de la CME ou un autre médecin membre. Il fonctionne en binôme avec le Directeur et élabore le projet médical d'établissement. Il est explicitement chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce rôle a été renforcé par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire, ou Loi Bachelot, adoptée le 24 Juin 2009) qui a confié les pleins pouvoirs au président de la CME dans ce domaine.

- Le Directeur des Soins, qui s'occupe de la gestion des soins infirmiers et est aussi président de la Commission des Soins Infirmiers.

- Un représentant du personnel siégeant au Comité Technique d'Établissement, ainsi qu'un suppléant.
- Un représentant du Conseil de Surveillance.
- Toute personne compétente sur l'ordre du jour peut être présente si les membres le lui demandent.

III.2.c. Son fonctionnement :

La CRUQPC se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation de son Président.

Son fonctionnement est régi par un règlement Intérieur qu'elle établit elle-même, il n'existe donc pas de règlement intérieur type.

Lors des séances, toutes les personnes dont la présence est prévue par la loi doivent être présentes. Si un des représentants fait l'objet d'une réclamation, il sera remplacé par son suppléant lors de cette session.

Un compte rendu est établi à la fin de chaque séance, chaque membre devrait en être destinataire.

Tous les ans, un rapport sur l'année écoulée est remis à la CME et est pris en compte dans le programme qualité élaboré par celui-ci. Il sert également à la CME pour établir son rapport sur le droit des Usagers et la Politique de Qualité, qui est transmis à l'ARS tous les ans, et qui fait partie des documents obligatoires remis aux experts visiteurs dans le cadre de la Certification. Ce rapport annuel est établi à partir des éléments statistiques et des comptes rendus des réunions. Il est transmis à l'ensemble des membres afin qu'ils puissent y apporter leurs modifications. Puis le document final est élaboré et approuvé lors de la 1ère séance de l'année suivante.

Il doit contenir : le fonctionnement de la commission, ses activités et les recommandations données, ainsi que les actions menées dans l'amélioration de la qualité et les difficultés rencontrées.

En ce qui concerne le traitement des réclamations :

La plainte est déposée soit de manière orale directement auprès du responsable du service concerné, soit de manière écrite, adressée au représentant légal de l'établissement, soit le Directeur de l'Hôpital. Ensuite la plainte est consignée par écrit si besoin puis enregistrée.

Toutes les réclamations sont transmises au représentant légal qui doit répondre à l'utilisateur dans les meilleurs délais. Si le Directeur ou l'utilisateur les saisissent, les médiateurs examinent la plainte et font une enquête interne.

Ensuite, elle fait l'objet d'un examen par la CRUQPC, qui peut demander à rencontrer le plaignant si elle le juge nécessaire. Pendant la séance, la Commission donne des recommandations afin d'apporter des solutions au litige, ou veille à ce que le plaignant soit informé des recours possibles ou des voies de conciliations **(41)**.

DEUXIEME PARTIE :

METHODE ET RESULTATS

I. METHODE

I.1. Choix de la méthode

La méthode choisie pour cette thèse est celle d'une étude observationnelle mono-centrique, rétrospective, quantitative portant sur 146 dossiers. L'étude s'est déroulée sur une période de 5 ans (du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2015) au sein du Service d'Accueil des Urgences Adultes de l'Hôpital J. Monod du Havre.

Le but premier de ce travail est de faire ressortir, par l'analyse des réclamations, les points pouvant être modifiés par le service des urgences du GHH pour améliorer la prise en charge de ses patients.

Les réclamations sont toutes recensées de manière systématique à l'hôpital du GHH. Peu importe la voie par laquelle elles arrivent, des médecins experts reçoivent les demandes en lien avec les services dont ils ont la charge, puis les étudient, pour ensuite présenter leurs conclusions devant la CRUQPC. Ainsi, il a été aisé de retrouver toutes les réclamations pour une période donnée.

Avant 2010, le nombre de réclamations retrouvées était très réduit et les données qui allaient avec incomplètes, c'est pourquoi ce travail ne commence qu'à partir de cette date. En revanche, le logiciel informatique au SAU du Havre n'ayant été installé que courant 2011, certaines informations peuvent manquer pour les plaintes relevées avant cela.

I.2. Recueil des données

Nous avons choisi de nous concentrer sur les années 2010 à 2015. Les données avant cette date étant trop incomplètes, leur étude n'aurait pas pu apporter de renseignements fiables et exploitables.

Critères d'inclusion : nous avons retenu toutes les réclamations déposées à la suite d'un passage au Service d'Accueil des Urgences sur cette période de 5 ans, quelque soit le mode de réception (orale, courriel, plainte déposée sur le site de la direction, ou lettre manuscrite reçue directement au secrétariat du service des Urgences ou bien à la direction), ou bien l'origine du plaignant (plainte provenant de la famille, d'un patient ou bien d'un médecin).

Critère d'exclusion : les seules réclamations dont nous n'avons pas pu tenir compte étaient celles émises par les médecins urgentistes contre d'autres confrères, car leur interprétation n'aurait pas amené de données intéressantes pour cette étude.

Chaque plainte a été enregistrée et anonymisée dans un logiciel de tableur. Un numéro a été attribué à chaque patient, en conservant la date de passage et la date de naissance pour pouvoir les retrouver si besoin. Les calculs ont été effectués directement grâce au logiciel.

Les données exploitées : plusieurs variables ont été relevées à partir des dossiers étudiés

- L'âge du patient
- L'origine de la demande (patient, proche, médecin)
- L'heure d'arrivée et celle de départ, permettant de calculer le temps de passage au SAU
- Le secteur du service des urgences où ont été reçus les patients
- Le délai entre le fait générateur et la réception de la réclamation
- Contre qui sont dirigés les reproches
- Quel personnel médical a pris en charge le dossier (interne, senior ou bien les deux)
- Le passage s'est-il effectué sur une garde ou non
- Le nombre de relèves médicales et para-médicales pendant le temps de passage
- Le ou les motifs d'insatisfaction
- La date de réponse du GHH au plaignant

En ce qui concerne la récupération des données : tous les documents ayant servi à l'étude de la plainte par le médecin expert sont gardés dans le dossier concerné, ce qui va de la réception de la demande, à la réponse, en passant par tous les éléments nécessaires du dossier médical. Certaines informations peuvent manquer, comme par exemple des renseignements de l'hospitalisation en elle-même quand les dossiers étaient encore papiers et donc possiblement remplis de façon incomplète.

De même, il n'a parfois pas été possible de retrouver le courrier initial de réclamation ou bien la réponse apportée par le GHH. Quand aucun courrier de réponse n'a pu être retrouvé, la date de réponse retenue était celle de l'expertise pour les réunions de CRUQPC car le délai entre les deux est souvent très court.

En ce qui concerne les motifs de réclamations, nous les avons regroupés en grandes thématiques pour que les résultats soient plus faciles à analyser, la liste des motifs exacts est détaillée dans l'annexe 1.

En ce qui concerne les gardes : ont été considérés comme consultant sur une période de garde, les patients qui étaient arrivés sur la nuit, à partir de la relève médicale, ou bien les Dimanches et jours fériés toute la journée. C'est à dire les périodes où l'effectif médical est réduit.

En ce qui concerne l'interprétation des données, nous nous sommes concentré sur :

- Le nombre de passages dans le service par année et par secteur
- Le nombre de plaintes par années
- Le détail des secteurs concernés par les plaintes
- Les caractéristiques du dépôt de la réclamation
- Les motifs d'insatisfaction exprimés dans les plaintes
- Le personnel médical ayant pris en charge le patient
- Le temps de passage au SAU
- Le temps de passage confronté au motif d'insatisfaction « temps d'attente »
- Les périodes de garde
- Le nombre de relèves
- Le délai de réponse du GHH au plaignant

Le but de ce travail de recherche n'étant pas d'étudier les conséquences judiciaires, mais plutôt les éléments d'un service pouvant être améliorés grâce à l'analyse des plaintes, il ne sera quasiment pas fait mention des suites données pour ces dossiers.

I.3. Présentation du service des Urgences du GHH

Le Service des Urgences Adultes de l'Hôpital Jacques Monod compte environ 40 000 passages annuels. Il accueille un effectif médical de vingt médecins correspondant à treize équivalents temps plein, un effectif non médical composé de quarante équivalents temps plein pour les infirmiers et trente pour les aides soignants. Notre service accueille également des internes et des étudiants hospitaliers. Le SAU est divisé en cinq secteurs pour plus de fluidité :

- L'ambulatoire : secteur court vers lequel sont dirigés les patients qui ne seront normalement pas hospitalisés, et qui ne devraient pas avoir besoin de bilan biologique. Classiquement, il est réservé à la traumatologie, la petite chirurgie, les consultations relevant de la médecine générale.
- L'Accueil médico-chirurgical ou AMC : concerne les patients dont la prise en charge sera, de façon prévisible, plus longue.
- L'Accueil d'Urgence Vitale ou AUV : pour les patients dans un état jugé grave, instables, ou nécessitant une surveillance rapprochée.
- L'UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée.
- L'Accueil : zone de transit et d'attente pour les patients. Il existe une salle d'examen qui permet au médecin d'orientation de voir certains patients rapidement avant de les faire rentrer dans le service lui-même, soit pour les évaluer avant de les réorienter, soit pour éviter d'engorger les secteurs quand la prise en charge peut être rapide.

II. RESULTATS

II.1. Nombre de passages par années et par secteurs :

Tableau 1 : Nombres de passages par an et par secteur

Année	total	AMC	AUV	Ambulatoire
2010	38558			
2012	38040	17017	3074	16857
2013	39888	19822	3200	17957
2014	40546	17434	3006	19260
2015	43092	18472	3035	20171

En ce qui concerne le nombre de passages dans les différents secteurs en 2010, les chiffres étaient trop approximatifs pour être retenus.

De même pour 2011, les données étaient imprécises et n'ont pas pu être rapportées ici.

Entre 2010 et 2015, on notera au final une hausse du nombre de passages de 11,75%.

Si l'on se concentre sur les secteurs spécifiquement, entre les années 2012 et 2015 on note une hausse de fréquentation de 8,5% pour l'AMC et de 19,7% pour l'ambulatoire. En revanche, l'AUV note une baisse de 1,3% qui reste relative puisque contrairement au reste du service, ces chiffres n'augmentent pas régulièrement mais ont plutôt tendance à rester stables.

II.2. Nombre de plaintes par années :

Pour l'année 2010, on recense 16 plaintes, soit 0,41 plainte/1000 passages

Pour l'année 2011, 26 plaintes, le nombre de passages cette année là n'a pas pu être connu avec certitude

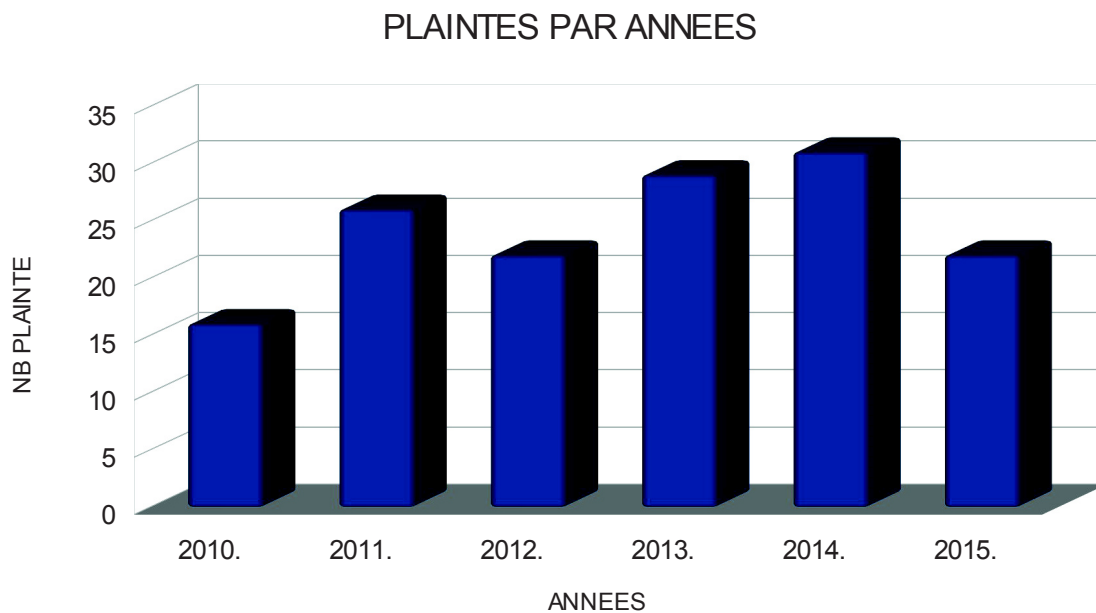
Pour l'année 2012, 22 plaintes, soit 0,58 plaintes/1000 passages

Pour l'année 2013, 29 plaintes, soit 0,72 plaintes/1000 passages

Pour l'année 2014, 31 plaintes, soit 0,76 plaintes/1000 passages

Pour l'année 2015, 22 plaintes, soit 0,51 plaintes/1000 passages

Figure 2 : Nombres de plaintes par an



1. II.3. Secteurs concernés :

Tableau 2 : Nombres de plaintes par secteur de consultation

Secteur	Ambulatoire	AMC	AUV	Accueil	inconnu
2010	8	7	0	0	1
2011	12	10	2	0	2
2012	9	12	1	0	0
2013	10	17	0	0	2
2014	14	15	0	2	0
2015	8	13	0	0	1
total	61	74	3	2	6

Comme énoncé précédemment, les données précises manquent pour les années 2010 et 2011 en ce qui concerne le nombre de passages exacts par secteur.

En revanche, si on ne prend que les années 2012 à 2015, on note un nombre de passages total de 72 745 en AMC, 74 245 en Ambulatoire et 12 315 en AUV ce qui nous donne pour ces secteurs respectivement 0,78, 0,55 et 0,08 plaintes /1000 passages .

Pour ce qui est de l'évolution du nombre de réclamations au fil des ans, le secteur AUV ne sera pas détaillé car sur les années 2012 à 2015 on n'a pu recenser qu'une seule plainte, ce qui faisait un total de 0,08 plaintes/1000 passages sur ces quatre ans.

- AMC :

Tableau 3 : Nombre de plaintes par an en AMC

Année	plaintes	passages	ratio
2012	12	17017	0,71
2013	17	19822	0,86
2014	15	17434	0,86
2015	13	18472	0,69
total	57	72745	0,78

Une augmentation progressive et peu importante du nombre de plainte est donc visible au cours de ces années pour finalement diminuer fortement en 2015

- Ambulatoire :

Tableau 4 : Nombre de plaintes par an en ambulatoire

Année	plaintes	passages	ratio
2012	9	16857	0,53
2013	10	17957	0,56
2014	14	19260	0,73
2015	8	20171	0,4
total	41	74245	0,55

L'augmentation de 2012 à 2014 est ici un peu plus importante que pour le secteur d'AMC, on note par contre la même tendance à la baisse en 2015

II.4. Caractéristiques du dépôt de la réclamation :

- Le plaignant :

Tableau 5 : personnes ayant déposé la plainte

plaignant	patient	parent	conjoint	médecin	Para-médical	Tribunal	ARS	assurances
Nbre de plaintes	55	42	18	23	4	2	1	1
pourcentage	37,70%	28,80%	12,30%	15,80%	2,70%	1,40%	0,70%	0,70%

Sur les 146 dossiers recensés, 55 réclamations provenaient directement du patient soit 37,7%.

Les proches, que ce soit la famille ou le conjoint, sont à l'origine de la plainte dans 41,1% des cas.

On retrouve ensuite les médecins dans 15,8% des cas, ces derniers pouvant être les médecins de famille mais aussi parfois des spécialistes qui ont eu à prendre en charge les patients à la suite du séjour au SAU. Enfin dans de très rares cas, les réclamations émanent des para-médicaux, des assurances des patients, ou bien la demande est envoyée par le Tribunal administratif à l'hôpital pour la demande d'expertise.

- Le délai entre le passage et la réclamation :

Le délai moyen entre la date du fait générateur, soit entre la première consultation, et la date de réception de la plainte est de 76 jours. La demande la plus rapide étant le jour même, et le délai le plus long de 829 jours soit un peu plus de deux ans (délai qui s'explique par le fait que le courrier ait été envoyé par le biais de l'assureur du plaignant dans le cadre d'une plainte portée devant les tribunaux).

- Contre qui est dirigée l'insatisfaction :

On peut extraire des courriers de réclamation l'entité retenue pour responsable par le plaignant.

Tableau 6 : Cibles des plaintes

accusé	GHH	SAU	interne	senior	paramedic	autre
NB PLAINTES	29	101	6	3	3	4

Ainsi, dans 88,4% des cas, la réclamation est orientée vers l'hôpital. Mais dans 8,2% des cas, les courriers accusent de façon directe le soignant.

En ce qui concerne les quatre dossiers marqués « autre » : un plainte était en fait adressée contre le service de chirurgie, pour retard de prise en charge chirurgicale, une au service de gynécologie, une aux radiologues pour non interprétation de clichés ayant engendré une erreur diagnostique, et une envers les transports qui étaient trop longs à arriver et auraient engendré une perte de chances.

- L'âge des patients :

L'âge moyen des patients est pour les données relevées de 61 ans, avec un panel qui va de 16 ans à 94 ans. Dans le cas où le patient lui-même porte plainte, la moyenne passe à 68 ans (fourchette de 19 à 90 ans), si le conjoint porte plainte, la moyenne d'âge rejoint les 62 ans (27-81 ans). Par contre, dans le cas où les parents écrivent la réclamation, la moyenne d'âge baisse à 58 ans (16-91 ans). A noter que l'on entend ici par parent un membre de la famille proche, qui peut aussi être les frères et sœurs, ou bien les enfants.

II.5. Motif de l'insatisfaction :

Comme énoncé précédemment dans le chapitre Méthode, les motifs ayant engendré les réclamations sont diverses et de fait, impossible à comparer. Ils ont donc été regroupés dans 4 grandes catégories : le temps d'attente, la communication, la prise en charge et l'organisation. Ces derniers se cumulent parfois, il était donc difficile de faire correspondre un seul motif a un dossier donné.

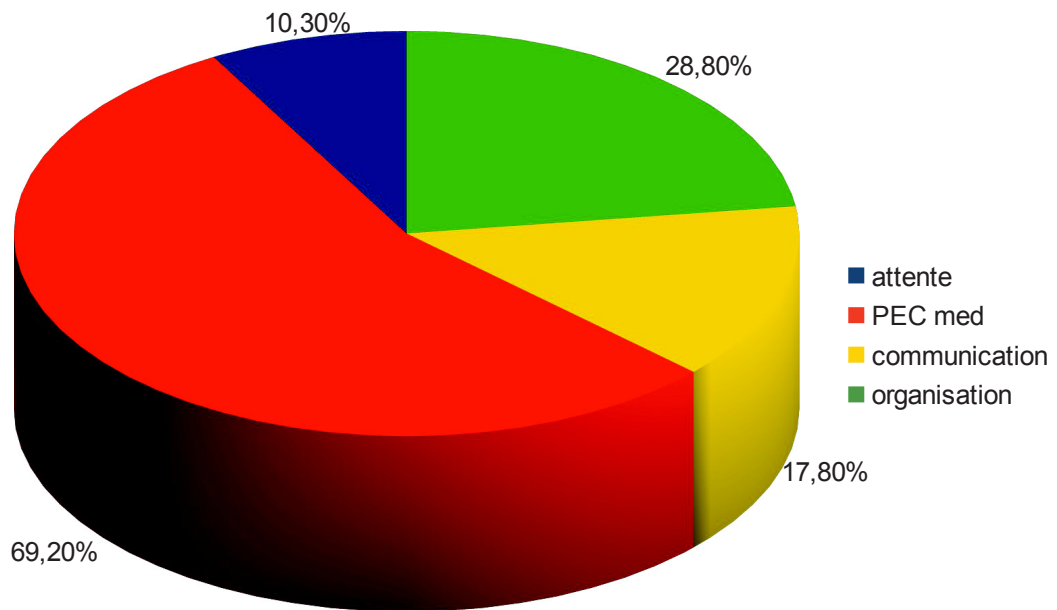
Tableau 7 : Motifs de réclamation

motifs cumulés	NB
attente	2
Attente + communication	3
Attente + communication + PEC	1
Attente + organisation	5
Attente + PEC	3
Attente + PEC+ organisation	1
communication	5
Communication + organisation	5
Communication + PEC	12
organisation	25
Organisation + PEC	6
PEC	78
total	146

On retrouve en première position la prise en charge médicale ou paramédicale, qui est présente dans 101 dossiers, soit 69,2%, et représente donc la majorité des motifs d'insatisfaction. Cela dit, le côté médical pur est loin d'être le seul critère de jugement des patients et de leur entourage pour évaluer la qualité de leur prise en charge globale.

On retrouve ainsi en seconde position l'organisation du service en lui-même, présent dans 28,8% des cas, puis la communication du personnel avec les patients ou leur famille pour 17,8% des cas, et enfin en dernière position, le temps d'attente avec 10,3%.

Figure 3 : Répartition des motifs de réclamation



II.6. Personnel médical ayant pris en charge le dossier :

L'Hôpital du Havre participe également à la formation des étudiants en médecine, des internes travaillent donc aux Urgences et voient les patients.

Nous avons donc essayé de retrouver dans les dossiers de patient ayant fait l'objet d'une réclamation s'ils avaient été pris en charge par un interne seul, ou bien un interne ET un senior, ou encore par un senior seul.

Tableau 8 : Répartition des plaintes en fonction du soignant

<i>total</i>	<i>Interne</i>	<i>Int + senior</i>	<i>senior</i>	<i>inconnu</i>	<i>total</i>
NB PLAINTES	66	49	19	12	146
pourcentage	45,2	33,6	13	8,2	100

La grande majorité des dossiers a donc été gérée par un interne, ce qui n'est pas surprenant car c'est le mode de fonctionnement même de ce service.

45,2% aurait été vu par un interne seul, et en tout, 78,8% des patients qui consultent au SAU seront vus par un médecin en formation.

13% des patients ne verront qu'un praticien senior.

Dans 8,2% des cas, il nous a été impossible de savoir qui était le médecin en charge du patient.

Il faut ensuite regarder les motifs d'insatisfaction, suivant que le dossier ait été géré par un interne seul, un interne + un senior, ou bien un senior seul pour pouvoir en retirer des conclusions.

Lorsque seul le nom d'un interne a été retrouvé dans le dossier, le motif de réclamation de défaut de prise en charge, seul ou combiné avec un autre motif, était présent à 77,3%. Ce qui est supérieur à la proportion totale de « défaut de prise en charge » par rapport à l'ensemble des motifs

Pour ce qui est des cas interne + senior, le motif de la PEC est retrouvé dans 73,5% des cas, ce qui est toujours légèrement supérieur à la moyenne.

En revanche, lorsque seul un senior a géré le dossier, cette proportion tombe à 52,6%

II.7. Temps de passage au SAU :

Pour pouvoir étudier le temps de passage, nous avons pris en compte la date et l'heure d'arrivée au SAU, puis la date et l'heure de sortie.

La moyenne sur ces 5 ans est de 5 heures et 18 minutes

La durée de passage la plus courte retrouvée ici était de 20 min, la plus longue de 30h50 car le passage en UHCD s'il existe est compté dans la durée de séjour

En 2010, le temps de passage moyen était de 3h38

En 2011, il était de 4h26

Puis on note une augmentation en 2012 à 7h18

Puis de 2013 à 2015, les moyennes sont respectivement de 4h38, 5h50 et 4h42

II.8. Le temps de passage confronté au motif de réclamation « temps d'attente »

Si l'on sélectionne tous les dossiers ayant pour motif d'insatisfaction le temps d'attente, la moyenne de temps de passage est alors de 4h57.

Il existe donc très peu de différence avec la moyenne globale pour tous les patients de cette étude.

II.9. Les gardes

Nous nous sommes intéressés aux horaires de garde, le nombre de médecin présents pour gérer le service étant plus réduit et une partie du travail s'effectuant la nuit.

Pour les 146 dossiers étudiés, 77 d'entre eux se sont déroulés pendant une plage considérée comme garde, soit 53% des cas

II.10. Le nombre de relèves

Les relèves médicales et paramédicales sont un temps de transmission des information, mais possiblement aussi le moment où certaines sont perdues, ou mal retransmises.

Ainsi, sur les 146 dossiers, on retrouve un total de 84 relèves médicales et 84 relèves paramédicales. Ce qui fait donc un total de moins d'une relève par patient, en fait 0,57 pour être précis.

II.11. Le délai de réponse du GHH

Lorsque l'on compare la date de réception du courrier de réclamation et la date de réponse ou d'expertise du GHH, on retrouve une moyenne de 29,5 jours entre les deux.

DISCUSSION

I. LES LIMITES DE L'ETUDE

I.1. La méthode

Il S'agit d'une étude mono-centrique donc de faible niveau de preuve.

En revanche, le caractère rétrospectif était ici inévitable, le recueil des plaintes ne pouvant se faire de façon prospective.

I.2. Les biais

I.2.a. Le recueil de données

Le biais principal est en rapport avec le recueil de données. En effet, dans les premières années notamment, les dossiers n'étaient pas encore informatisés et certaines données manquent, le support papier n'étant pas toujours rempli complètement. Le logiciel en place actuellement (RESURGENCE) n'a été installé que courant 2011.

Par exemple, les temps de passages étaient difficiles à calculer car bien que l'heure d'arrivée soit souvent renseignée, l'heure de départ ne l'était pas toujours.

Le nom des médecins apparaît mais sauf s'il est noté, l'avis demandé au senior n'est pas toujours visible, alors qu'il est tout à fait possible qu'il ait été demandé. Avec le dossier informatique, il est maintenant possible de voir quel médecin a fait des modification, a prescrit, et qui s'est logué sur tel patient.

I.2.b Le temps de latence entre le passage et la réclamation

En ce qui concerne le nombre de plaintes, on retrouve également un biais de sélection, surtout dans les dernières années, car comme on a pu le voir, certaines réclamations arrivent bien plus tard que le fait générateur, et il est quasi certain que pour l'année 2015 notamment, certains courriers ne soient pas encore arrivés au moment où nous avons fait notre recueil de données.

La baisse de 2015 est donc à relativiser.

I.2.c. Les plaintes

Normalement, toutes les réclamations sont étudiées par le médecin expert en vue de la séance de CRUQPC et doivent donc toutes apparaître dans le fichier dont nous nous sommes servi pour le recueil. Cependant, pour les usagers qui portent plainte directement aux tribunaux ou au conseil de l'ordre, il est possible que ce médecin n'en ait pas encore entendu parler, et donc, qu'elles ne figurent pas dans ce dossier, ne serait ce que parce que cette voie prend plus de temps.

II. LES RESULTATS

II.1. Le nombre de passages par années et par secteur

Comme nous avons pu le remarquer, le nombre de passages global augmente tous les ans sur ces cinq dernières années, de façon plutôt homogène dans tous les secteurs sauf l'AUV. Donc le nombre d'urgences vitales reste stable, alors que l'activité des autres secteurs s'accroît. Ce phénomène pourrait trouver une explication dans le fait que beaucoup de patients relevant des urgences vitales sont d'abord pris en charge par les équipes de SMUR qui les stabilisent. Ils vont ensuite être redirigés soit vers l'AMC, soit directement dans les services spécialisés (soins intensifs de cardiologie, hépato-gastro-entérologie, réanimation, soins intensifs de neuro vasculaire).

Une autre hypothèse serait que les patients consultent de plus en plus aux Urgences, pour des motifs qui devraient parfois les amener plutôt vers un cabinet de médecine générale ou un spécialiste. On peut ainsi se poser la question de l'information des patients par rapport aux différentes alternatives dont ils bénéficient pour consulter. Trouver un médecin généraliste est bien entendu de plus en plus difficile, et certains se retrouvent sans médecin traitant, mais la population connaît-elle suffisamment les dispositifs de médecins de garde ? Il serait probablement intéressant d'étudier le sujet et de tenter de comprendre un des facteurs responsables de cette hausse de fréquentation.

II.2. Le nombre de plaintes par années

En ce qui concerne le nombre de plaintes par années, on peut remarquer une augmentation progressive et constante sur les années 2010 à 2014, bien que peu importante mais la tendance reste là. Ceci confirme malheureusement les chiffres de 2004 donnés par la SHAM, que l'on peut retrouver dans l'étude faite par E. FLINOIS, et qui montraient tout d'abord une augmentation croissante du nombre de plaintes au fil des ans de 5% environ, mais aussi une croissance majeure en 2004 avec 12% de réclamations en plus cette année là **(45)**.

La baisse de 2015, comme déjà énoncé dans les biais de l'étude, peut tenir deux deux choses : soit toutes les réclamations concernant cette année ne sont pas encore arrivées, du fait du délai entre le fait générateur et l'arrivée du courrier qui peut être très long, soit la baisse est effective. Dans ce cas des questions se posent: quels facteurs ont changé cette année là dans l'accueil et la prise en charge des patients ? Cette baisse concerne-t-elle seulement le service des Urgences ou bien l'ensemble de l'Hôpital ? Il serait alors intéressant de refaire le décompte des dossiers de réclamation dans quelques temps pour en retrouver les causes.

II.3. Les secteurs concernés

Alors que les secteurs d'AMC et d'ambulatoire comptabilisent environ le même nombre de passages sur ces quatre ans, soit respectivement 72 745 et 74 245, le nombre de réclamations par an est moindre pour l'ambulatoire en moyenne. Même si ces chiffres ne sont pas significatifs étant donné le faible nombre de plaintes par an pour 1 000 passages, la différence est stable et persiste. On pourrait trouver une explication dans la nature même des pathologies qui amènent l'orientation dans les différents secteurs : l'ambulatoire est un circuit court, qui traite des pathologies souvent plus bénignes (douleurs dentaires, otalgies, entorses...), tandis que l'accueil médico-chirurgical s'occupe de problèmes médicaux plus lourds, qui nécessitent des examens complémentaires, souvent aussi plus de réflexion, autant de facteurs qui peuvent engendrer des motifs d'insatisfaction.

Une autre explication pourrait être le temps de passage, comme dit plus haut, un des secteurs est un circuit court, les consultations sont rapides et les prises en charge le sont également la plupart du temps, or, nous avons pu constater que le temps d'attente était un motif important de réclamation.

II.4. Caractéristiques du dépôt de la réclamation

- Le plaignant :

La demande ne vient du patient lui même que dans 38% des cas. La grande part des proches dans le dépôt de plainte peut venir des parents de jeunes adultes dans certains cas, ou de la famille de patients déments ou décédés, ne pouvant s'exprimer eux même.

Par contre, on retrouve de façon plus étonnante un nombre non négligeable de médecins dans les personnes étant à l'origine des réclamations. Ce sont dans la plupart des cas des médecins traitants, pour lesquels la prise en charge de leurs patients semblerait peu satisfaisante, mais aussi parfois les médecins spécialistes de l'Hôpital même qui peuvent reprocher aux Urgences la gestion de patients qui arrivent dans leurs services, ou bien l'inadéquation d'hospitalisation de certains malades.

- Délai entre le passage et la réclamation :

On peut constater qu'il est assez long, 76 jours en moyenne pour rappel. Ce chiffre peut en partie s'expliquer par le temps que peuvent mettre les procédures judiciaires à se mettre en place. En effet, lorsque le patient passe par un avocat, des tribunaux, le conseil de l'ordre, le temps est nécessairement rallongé. Cela dit, le nombre de ces procédures est très largement minoritaire, ils n'expliquent donc peut être pas à eux seuls ce temps de battement.

- Contre qui est dirigée la plainte :

Alors que la prise en charge est le premier motif d'insatisfaction, on remarque que les soignants sont très peu visés directement dans les courriers. Le service dans sa globalité étant le plus souvent mis en cause, les patients ne semblant pas avoir de griefs contre une personne en particulier mais contre un fonctionnement.

- L'âge des patients :

En ce qui concerne l'âge des patients, on peut juste remarquer que la moyenne est plus basse quand ce sont les parents qui portent plainte. Le sens de parent est large ici, regroupant la famille proche. Ceci dit, on se rend compte tout de même en regardant de plus près que le nombre de mineurs et de très jeunes adultes est plus important dans cette catégorie, ce qui semble logique.

II.5. Motifs de l'insatisfaction

Le premier motif d'insatisfaction est donc la prise en charge médicale ou para-médicale à 70%. Ceci dit le taux reste important, bien supérieur à ce que l'on a pu retrouver dans la littérature. En effet, dans une étude de 2015 **(1)**, sur 372 courriers adressés à l'hôpital par des patients ou leurs proches, le nombre de plaintes sur l'aspect technique des soins, c'est à dire la prise en charge, regroupait 106 dossiers (28,5%). Alors que le motif le plus souvent cité était le défaut de communication ou le côté impersonnel des soignants avec les patients (43%). Pareillement, dans une étude beaucoup plus vieille effectuée de 1995 à 1998 dans un Hôpital de Hong Kong **(13)**, sur 71 dossiers étudiés, 22 concernaient directement les soins, et 23 concernaient la communication.

Cet écart peut être lié à la pluralité des motifs de réclamation contenus dans un seul courrier, de même qu'à la répartition des plaintes dans les quatre catégories de cette étude. Il est possible que beaucoup plus de motifs aient été mis dans la « prise en charge médicale ». De plus, beaucoup de plaintes étudiées pour les séances de CRUQPC ont été jugées non justifiées, il est donc possible que les soins que les patients jugent comme des erreurs de prises en charge soient en fait adaptées mais non expliquées aux malades, ce qui pourrait engendrer cette incompréhension.

Aux États-Unis, la pratique du « disclosure » (c'est à dire la révélation d'une erreur dans la prise en charge) est une pratique qui est largement recommandée et codifiée par l'Américan College of Emergency **(9)**.

Toujours aux États-Unis, de nombreux auteurs ont tenté d'établir des règles pour améliorer l'exercice particulier qui consiste à révéler une erreur médicale à un patient ou à ses proches **(46)**. On peut citer Solomon **(7)** et Strokes **(8)**.

Une autre étude américaine publiée en 1996 a montré que les patients avaient tendance d'une manière générale à préférer que les médecins leur déclarent avoir commis une erreur, même minime, et que cette révélation pouvait parfois réduire le risque de poursuites judiciaires (dans l'hypothèse d'erreurs de moyenne gravité). Ainsi, 12% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles poursuivaient le médecin en justice si l'erreur était révélée, contre 20% si le médecin n'avouait pas son erreur et qu'ils la découvraient par un autre moyen, avec un $p < 0,01$ **(11)**. Mais cette étude ne concernait pas uniquement les services d'urgences.

En deuxième position vient la catégorie organisation du service. De la même façon, celle-ci prend une place importante du fait qu'elle regroupe beaucoup de motifs d'insatisfaction, allant de l'hôtellerie, au délai d'attente des moyens de transport, en passant par l'hospitalisation des patients dans les mauvais services, conséquence du manque de lits sur le GHH et de l'obligation d'hospitaliser des malades dans des services qui ne sont pas forcément habitués à gérer leurs pathologies.

La communication vient donc en troisième position, alors que dans les autres études faites sur le sujet, elles arrivaient dans le haut du classement. Pourtant, Schaad et al conclut que pour les patients, il semblerait que « ne pas être écouté revient à ne pas être traité » (1). La discussion avec les malades est donc de première importance, elle leur permet d'être impliqués dans les soins et de comprendre notre démarche thérapeutique. Un patient qui se sentirait investi et écouté serait moins enclin à porter plainte.

Une étude réalisée à Hong Kong et publiée en 2000 a montré que la participation des médecins urgentistes à des ateliers de communication entraînait une augmentation du taux de satisfaction du patient (de 88,3% à 98% d'après des questionnaires d'évaluation remis aux patients) et réduisait ainsi le nombre de réclamations concernant l'attitude des médecins de manière significative malgré une augmentation du nombre de consultations sur cette même période (de 26 à 15 réclamations pour un nombre de consultations augmentant de 42%, $p=0,05$) (10).

II.6. Personnel médical ayant pris en charge le patient

L'organisation du fonctionnement du service des urgences de l'Hôpital J. Monod comporte l'intervention des médecins seniors, des internes en formation, et des étudiants en médecine qui travaillent donc dans le service et prennent en charge des patients. Il est donc logique qu'une grande partie des malades aient été pris en charge par un étudiant en formation. En revanche, d'après les données que nous avons pu retrouver dans les dossiers, 45,% auraient été gérés uniquement par des internes. Ce chiffre paraît important mais en réalité, il est possible que certains dossiers où le nom du médecin senior n'apparaît pas aient fait l'objet d'une prise en charge en partie validée par un senior. Cela reflète plus probablement un mauvais traçage des dossiers, les seniors n'apparaissant pas forcément alors que leur avis a été sollicité. Tout dossier devrait être seniorisé, ce qui est la plupart du temps le cas, mais les avis ne sont pas systématiquement notés de façon claire. Cette explication pourrait également justifier les 8,2% de patients pour lesquels le soignant n'a pas pu être identifié.

Par ailleurs, la façon dont a été menée notre étude n'a pas permis de mettre en évidence d'éventuelles co-responsabilités médicales, ou encore de co-responsabilités médicales/paramédicales.

En ce qui concerne le nombre de plaintes corrélé au professionnel médical ayant pris en charge le malade, le défaut de prise en charge retrouvé est plus important que la moyenne lorsqu'un interne s'est chargé complètement ou partiellement du patient. Étant encore en formation, il est normal que ceux-ci fassent plus d'erreurs, mais cela devrait être corrigé par le contrôle de la part des médecins seniors.

II.7. Temps de passage au SAU

Le temps de passage retrouvé est assez long, 5h18 en moyenne, mais il prend en compte les passages en UHCD car il était difficile de retrouver, du moins pour les dossiers papier, l'heure de transfert dans cette unité. IL faudrait donc pouvoir retrouver les temps de passages réels, ce qui est plus facile depuis la mise en place du Logiciel Résurgence. Ainsi, l'augmentation de la durée de séjour aux Urgences en 2012 est probablement liée à cette variable.

Par ailleurs, la donnée relevée ici est le temps de passage complet, de l'enregistrement à l'accueil à la sortie du service. Il serait intéressant de connaître le vrai temps d'attente, soit le délai entre l'enregistrement et le premier contact médical.

II.8. Le temps de passage confronté au motif d'insatisfaction « temps d'attente »

Quand on compare le temps de passage des patients se plaignant dans leurs courriers du temps d'attente, au temps de passage global, on peut constater qu'il y a très peu de différence. Il est possible que le délai entre l'enregistrement et le premier contact médical soit plus long que pour le reste des patients mais cela ne ressort pas dans l'étude.

II.9. Les périodes de garde

Les périodes de garde devraient en toute logique être plus pourvoyeuses de réclamations. En effet, le nombre des effectifs est réduit, une partie du travail se déroule la nuit et de ce fait, le médecin est plus sujet à l'erreur d'inattention. De plus, sur une semaine, les périodes de gardes sont plus importantes que les heures ouvrables. Pourtant, le pourcentage de plaintes sur ces périodes n'est que de 53%, ce qui n'est que très peu supérieur à la moyenne. Il est possible que le faible nombre de dossiers étudiés ne permettent pas de mettre en évidence de différence significative.

II.10. Le nombre de relèves

Les relèves médicales et para-médicales sont des moments d'erreurs potentielles de transmission de l'information. On retrouve ici une moyenne de 0,6 relèves par dossier pour chaque corps de métier. Nous n'avons pu trouver dans nos recherches aucunes données auxquelles comparer ces résultats.

II.11. Délai de réponse du GHH au plaignant

Le délai de réponse du GHH est de moins d'un mois (29 jours). A notre connaissance, aucune limite n'est imposée par la loi ou par le manuel de certification, il est juste précisé de le faire dans les meilleurs délais.

Dans un article sur l'étude des plaintes dans deux hôpitaux parisiens, Veneau et al, retrouvent quant à eux une moyenne de 23 jours, ce qui se rapproche de nos résultats **(3)**. En revanche, Van der Wal et al en 1995, retrouve un délai moyen de deux mois sur les vingt et un hôpitaux étudiés **(12)**.

III. LES POINTS D'AMELIORATION POTENTIELS

Depuis la loi du 4 Mars 2002, avec la création des CRUCPQ, l'étude des réclamations rentre dans une démarche qualité, visant à améliorer la prise en charge globale des patients. Plus récemment, la version V2010 du manuel de certification établi par la HAS fait de l'analyse des plaintes un point clé de l'évaluation des établissements de santé. Il s'agit de faire ressortir des points importants de dysfonctionnement et d'amélioration potentielle afin d'optimiser notre prise en charge. C'est dans cette optique que nous avons réalisé cette étude.

Au service des Urgences Adultes de l'Hôpital J. Monod, plusieurs changements ont déjà été faits suite aux retours des plaintes, mais il reste encore des pratiques à améliorer.

III.1. Ce qui est déjà en place :

Nous avons pu voir que la première cause de réclamation dans notre étude avait rapport à la prise en charge médicale ou para-médicale. En ce qui concerne les dossiers qui ont posé de vrais problèmes diagnostics ou thérapeutique, de plus en plus de Réunions de Morbi Mortalité (RMM) ont été mises en place. Elles permettent, lors de réunions réunissant les soignants des Urgences et des services concernés, de revoir les dossiers et d'identifier les failles dans notre système organisationnel et d'essayer d'améliorer les procédures afin que les incidents ne puissent pas se reproduire.

En ce qui concerne les transmissions, un staff médical est déjà obligatoire tous les matins, afin de transmettre le mieux possible les informations à l'équipe qui prend la relève. Le but est d'assurer une transmission optimale et permet également de réfléchir ensemble sur des dossiers plus compliqués.

On retrouve également dans plusieurs plaintes, un mécontentement de la part des familles concernant les conditions de retour à domicile de leurs proches âgés, parfois avec une autonomie limitée. Depuis quelques temps, il est donc devenu automatique dans le service des Urgences de J. Monod, de garder ces patients la nuit lorsque personne ne peut venir les chercher ou ne peut les accueillir à leur domicile. Cela permet de les garder quelques heures en surveillance, et de les faire rentrer dans les meilleures conditions. De plus, la famille est alors tenue informée directement, ce qui n'est pas forcément fait quand la prise en charge s'effectue en pleine nuit, limitant ainsi l'interrogation des proches et la possible remise en question concernant les soins effectués.

Au point de vue de l'organisation du service, un Médecin d'Accueil et d'Orientation est chargé de s'assurer que les patients sont correctement orientés dans les différents secteurs. Son avis est également sollicité pour certains patients potentiellement inquiétants lors de l'accueil, évitant ainsi

de passer à côté de pathologies nécessitant une surveillance rapprochée, ou pouvant décompenser rapidement. On pourrait ajouter à cela le rôle du cadre de flux pour fluidifier le fonctionnement global du service. Son rôle est de ne pas négliger l'inconfort du patient en cas d'attente trop longue, et de trouver des solutions concernant l'hospitalisation des malades (trouver rapidement un lit dans un service adapté à la pathologie du patient, s'assurer que les patients ne restent pas trop longtemps aux urgences une fois le dossier clôturé, veiller au confort des usagers lors de ce temps d'attente...).

III.2. Ce qui pourrait être envisagé :

Concernant la prise en charge, des mesures pourraient être proposées, visant à diminuer les nombre d'erreurs pendant les gardes. On peut par exemple citer la relecture automatique des clichés de radiologie le lendemain des périodes de garde. Cette mesure a déjà été prise dans le service de pédiatrie, un radiologue expérimenté relit toutes les images dans les 48 heures et transmet ses conclusions au service des urgences, qui se charge de contacter les familles pour modifier si besoin la prise en charge décidée la nuit ou le week-end, dans les cas où celle-ci n'était finalement pas adaptée. Cette solution est plutôt bien vécue par les familles, qui comprennent que les urgentistes ne soient pas radiologues et acceptent ce système dans la mesure bien entendu où cela ne met pas en danger la vie de leur enfant. Ainsi, on pourrait imaginer la mise en place d'un protocole similaire pour les adultes.

Un autre problème soulevé par la garde est l'encadrement des internes. L'effectif médical est plus réduit, et le secteur ambulatoire est le plus souvent géré par un interne seul. On pourrait envisager une seniorisation systématique de tous les dossiers, même quand aucun avis n'est sollicité. De plus, il serait bénéfique d'insister auprès des médecins et des internes afin que l'avis d'un senior soit systématiquement noté dans le dossier lorsqu'il est demandé, rappelons en effet que les médecins du service sont responsables des internes, et que les erreurs de prise en charge faites par ces derniers sont en partie imputables aux seniors.

Nous avons déjà abordé le sujet du médecin d'accueil et d'orientation, mais il faut ici préciser que ce dernier est le plus souvent dans le service, et que c'est l'infirmière d'accueil et d'orientation qui prend le plus souvent la décision de l'orientation des malades (sauf cas difficiles ou patients pouvant s'aggraver). Pour le moment, le nombre de temps pleins dans le service ne permet pas de dédier le MAO uniquement à l'accueil des patients, mais ce point devrait bientôt changer, autorisant ce médecin à n'effectuer que cette tâche, limitant ainsi probablement certaines erreurs, ou bien permettant d'accélérer la prise en charge de certains malades plus graves.

Un dernier point que nous avons pu aborder dans notre étude est celui de la communication. Ce thème revient dans de nombreuses plaintes reçues comme motifs d'insatisfaction exprimés par les patients ou leurs familles. Il sera toujours préférable, même si le temps manque du fait de la charge de travail ou de l'afflux de patients, de s'accorder quelques minutes supplémentaires avec les usagers. Ceci afin de s'assurer qu'ils aient compris la prise en charge, de leur donner des conseils de surveillance ou de prévenir des symptômes devant amener à reconsulter, laissant ainsi place à l'idée d'une évolution possible de la maladie, et non à une erreur de prise en charge initiale. L'amélioration de la communication avec les patients consultant aux urgences semble une voie intéressante pour réduire le nombre de réclamations, que ce soit du point de vue du partage général des informations, ou le fait d'annoncer la survenue d'une erreur médicale.

CONCLUSION

Les plaintes touchent de plus en plus en France l'activité médicale, et si aucune spécialité n'est épargnée, les services d'urgences et les praticiens y exerçant sont particulièrement exposés à ce type d'événements. Bien que dans notre service, le nombre de plaintes soit de moins de une pour 1 000 passages sur les cinq dernières années, les sentiments qu'elles engendrent semblent être un mélange de culpabilité de ne pas avoir pris en charge de manière satisfaisante les patients ou leurs familles, et de frustration devant l'absence de reconnaissance du travail accompli quand on a eu l'impression d'être minutieux. Cela conduit souvent à une remise en question, l'événement peut être vécu comme un échec personnel, pouvant conduire les praticiens concernés à s'isoler ou à travailler dans la crainte.

L'étude que nous avons choisi de réaliser part de l'idée de la nécessité de dédramatiser la plainte, et d'en faire un élément constructif pour la suite de l'exercice professionnel. Si la remise en question est toujours utile dans la pratique de notre métier, il convient d'aborder les choses d'une manière plus positive, comme un moyen supplémentaire de s'améliorer, et non comme une agression personnelle.

Ce que l'on peut retenir tout d'abord est le faible nombre de plaintes. S'il existe effectivement une judiciarisation de la médecine, ainsi qu'une tendance à l'augmentation des réclamations, celles-ci restent cependant rares, encore plus en ce qui concerne les affaires portées devant les tribunaux. En outre, toutes les plaintes ne sont pas forcément fondées et ne démontrent pas de façon systématique une erreur de la part du médecin, mais plutôt incompréhension concernant la prise en charge effectuée.

Bien que nous n'ayons pu faire ressortir de façon significative des points précis de dysfonctionnement dans notre Service d'Urgences, l'étude de ces réclamations offre tout de même des pistes de travail intéressantes visant à l'amélioration de nos prise en charge. Différents protocoles pourraient être mis en place, comme par exemple la relecture systématique des clichés de radiologie, évitant ainsi des erreurs d'interprétation qui peuvent conduire à des erreurs de traitements.

Un autre problème ressort de cette étude : l'encadrement des internes. Il semble que ces derniers soient souvent laissés seuls pour la gestion des patients, ce qui pourrait conduire à des erreurs de prise en charge. Il faudrait ainsi veiller, soit à être plus présent et plus systématique dans la

seniorisation de ces médecins encore en formation, soit à noter impérativement dans le dossier l'implication du senior dans la prise en charge. C'est en effet plus probablement sur ce dernier point que les efforts devraient se concentrer.

Enfin, un axe d'amélioration majeur pourrait être lié à la communication avec le patient ou son entourage. Cela peut s'avérer difficile dans un service où le nombre de malades vus en même temps est parfois important, et où l'afflux est soutenu. Cependant, nous avons pu constater que loin d'être une perte de temps, cela améliore la relation avec les usagers. Les impliquer dans la prise en charge, s'assurer qu'ils ont bien compris pourquoi les examens étaient pratiqués, quels diagnostics étaient posés et pourquoi telle ou telle thérapeutique est envisagée, tout cela permet leur adhésion aux soins et donc limitera la probabilité de dépôt de plainte dans l'avenir.

Pour finir, cette étude n'a été réalisée que sur l'examen des plaintes et réclamations, mais tous les patients mécontents ne le font pas forcément savoir à l'Hôpital. Afin de mieux cibler les attentes des usagers, il pourrait être intéressant de leur faire remplir de façon systématique un questionnaire de satisfaction avant leur sortie du service. En plus de faire ressortir les points potentiels d'amélioration, cela pourrait permettre également de mettre en évidence les atouts du service. Car si le nombre de plaintes par an est si faible, il est possible que cela vienne d'une sous déclaration des incidents, mais cela s'explique aussi peut-être par le fait que beaucoup d'usagers sont satisfaits par nos prises en charge...

ANNEXE 1 : Motifs de réclamations et encodages

motif de réclamation émis par le plaignant	motif encodé
attente, non respect des malades	Attente + comm
désorganisation du service	Attente + organisaton
temps d attente, retour à domicile alors que nécessité de chirurgie, accueil	Attente + comm + PEC med
temps d attente, accueil, traitement non donné	Attente + PEC med
erreur de diagnostic+ RAD sans PEC	PEC med
doute sur la qualité des soins	PEC med
accueil, non professionnalisme du personnel	comm
erreur médicale, + complications+ préjudice esthétique	PEC med
temps d attente+ mal fonctionnement de service	Attente + organisaton
mère non prévenue, patient majeur, RAD par ses propres moyens	PEC med
accueil et temps d attente	Attente + comm
pas d examen, patient non pris au sérieux, fractures de cote non diagnostiquée	Comm + PEC med
pas d écoute du patient, disjonction acromio-clav non diagnostiquée	comm + PEC med
erreur diagnostique, RAD alors que nécessitait coloscopie en urgence	PEC med
erreur diagnostique, séquelles fonctionnelles	PEC med
décès dans les suites d un trauma abdominal ayant consulté au SAU	PEC med
pas d écoute du patient, gestion des objets de valeur	Comm + organisation
déficit séquellaire, pas d exploration de la plaie	PEC med
non interprétation de cliché par radiologue conduisant erreur diagnostique	PEC med
accueil, manque de personnel	Comm + organisation
état d hygiène de la salle d attente	organisation
erreur de diagnostic x2	PEC med
PEC médicale, non professionnalisme	Comm + PEC med
manque d écoute des soignants, manque d intimité	Comm + organisation
communication avec l entourage	comm
manque de diagnostic, complication non vue	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
pas de communication médicale, pas de CRH au MT	Comm + organisation
PEC médicale, pas d écoute de la famille, retard diagnostic	comm + PEC med
retard diagnostique + séquelles motrices	PEC med
erreur diagnostique + séquelle nerveuse	PEC med
examen et traitement non adaptés, surinfection	PEC med
retard de prise en charge	PEC med
défaut d explication et envoi en secteur privé pour réalisation d examens	comm + PEC med
PEC médicale, traitement insuffisant, + accueil	comm + PEC med
inadéquation du service d hospitalisation	organisation
attente, pas de respect des demandes du MT	attente + PEC med
pas de PEC médicale urgente	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
temps d attente, accès aux données médicales	Attente + organisaton
PEC médicale, temps d attente des ambulances, locaux	attente + PEC med + organisa
PEC médicale de 3 patients unité Alzheimer	PEC med
explication sur la demande de 23 euros pour une ITT	organisation
PEC medicale d une patiente psychotique avec lourds atcd cardio	PEC med
défaut de diagnostic	PEC med
défaut de diagnostic	PEC med
défaut de diagnostic	PEC med
temps d attente + PEC médicale	attente + PEC med
pas d ECG scanné dans le dossier	organisation
RAD personne âgée la nuit	organisation
défaut d avis spécialisé	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
défaut de soins	PEC med
erreur diagnostique, PEC médicale insuffisante	PEC med
erreur d orientation	organisation
défaut diagnostique	PEC med
temps de PEC	attente
temps de PEC + défaut de communication	Attente + comm
indisponibilité plateau technique en urgence	organisation
PEC médicale, relationnel avec interne	comm + PEC med
erreur diagnostique	PEC med
erreur d orientation	organisation
erreur d orientation	organisation
défaut de communication et PEC globale du patient	comm + PEC med
erreur d envoie d examen destiné a un homonyme	organisation
modalités de retour a domicile	organisation
erreur diagnostique	PEC med
PEC de la personne âgée	PEC med
erreur diagnostique	PEC med

erreur diagnostique	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
patient non hospitalisé malgré demande du MT	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
défaut diagnostique	PEC med
conditions de RAD, diagnostic	Organisation + PEC med
retard de ttt prophylactique VIH	PEC med
conditions d attente	attente
défaut d hospitalisation	PEC med
insuffisance diagnostique 3 fois de suite	PEC med
erreur diagnostique + demande passage en CRCI	PEC med
erreur diagnostique + pas d examen clinique + contestation facture	PEC med
défaut d hospitalisation + négation du diagnostic du MT	comm + PEC med
délai d avis cardiologique	organisation
défaut d orientation + diagnostique	organisation + PEC med
défaut d orientation + non communication fait médical grave + hygiène	Comm + organisation
erreur diagnostique + séquelles préjudiciables	PEC med
délai de PEC chirurgicale	Organisation + PEC med
antibiotique inadapté	PEC med
absence de PEC et ambiance trop festive au SAU	comm + PEC med
retard diagnostique, demande médiation	PEC med
défaut diagnostique	PEC med
défaut diagnostique	PEC med
examen insuffisant, CE non vu	PEC med
chute chez patient OH, pas assez de sécurité au SAU	organisation
défaut diagnostique	PEC med
défaut diagnostic	PEC med
insuffisance diagnostique	PEC med
défaut diagnostic	PEC med
défaut de surveillance	organisation
absence d ambulance pour RAD	organisation
facturation	organisation
facturation	organisation
fonctionnement du service, attente	Attente + organisaton
défaut diagnostic	PEC med
défaut diagnostique + sortie tardive chez une octogénaire	organisation + PEC med
comportement équipe IDE	comm
défaut diagnostic	PEC med
infection nosocomiale	PEC med
comportement soignant	comm
défaut de diagnostique	PEC med
retard diagnostique	PEC med
défaut de communication labo/services	organisation
délai de transports trop long, perte de chance	organisation
retard de PEC chirurgicale	organisation + PEC med
service d hospitalisation inadapté	organisation
défaut diagnostic	PEC med
défaut diagnostique, demande pour récupérer le dossier	PEC med
PEC médicale insuffisante	PEC med
PEC médicale au SAU et en chirurgie orthopédique	PEC med
défaut de PEC	PEC med
défaut de PEC	PEC med
délai de diagnostic	PEC med
défaut d info a la sortie des urgences, de manière répétée	comm
fracture vertébrale instable	PEC med
retard diagnostic	PEC med
défaut diagnostic + infection nosocomiale	PEC med
communication avec patient, défaut diagnostic	comm + PEC med
perte d effets personnels + orientation GHH Monod imposée par SMUR	organisation
temps de passage et service d orientation inadapté	Attente + organisaton
retard diagnostic + nécessité chirurgie en urgence	PEC med
refus de faire rentrer l accompagnant	organisation
défaut diagnostic	PEC med
défaut d orientation a la sortie du SAU	organisation
erreur diagnostique et défaut d orientation	organisation + PEC med
erreur diagnostique	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
modification des ttt au SAU	PEC med
défaut de communication et sortie trop précoce du SAU	comm + PEC med
erreur diagnostique	PEC med
erreur diagnostique	PEC med
conditions PEC, conditions sortie	PEC med
hôtellerie	organisation
attente seule, défaut de surveillance	organisation
défaut diagnostic	PEC med

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

- 1- Schaad B, Bourquin C, et al. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient Education and Counseling*. juin 2015;98(6):771-6.
- 2- Barbot J, Winance M, Parizot I. Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale. *Sciences sociales et santé*. 18 juin 2015;33(2):77-105.
- 3- Veneau L, Chariot P. How do hospitals handle patients complaints? An overview from the Paris area. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. mai 2013;20(4):242-7.
- 4- Cydulka RK, Tamayo-Sarver J, et al. Association of Patient Satisfaction with Complaints and Risk Management among Emergency Physicians. *The Journal of Emergency Medicine*. Oct 2011;41(4):405-11.
- 5- Poles P, Autopsie d'une plainte, les leçons à en tirer. *Urgences 2011. Congrès de la SFMU, 2011 Juin; Paris, France*. P 265-75
- 6- Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):5-33.
- 7- Robert C, Solomon. Ethical issue in medical malpractice. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2006 ; 24 : 733-747.
- 8- Samantha L. Strokes, Albert W, et al. Ethical and practical aspects of disclosing adverse events in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2006 : 24 ; 703-7014.
- 9- Policy statement, Disclosure of medical errors, *Ann Emerg Med*. 2004 ; 43 : 432.
- 10- Lau FL. Can communication skills workshop for emergency department doctors improve patient satisfaction, *J Accid Emerg Med*, Jul 2000, 17(4) : 251-3.
- 11- Whitman AB, Park DL, et al. How do patients want physicians to handle mistakes ? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med*. Dec 1996 : 22 ; 2565-9.
- 12- Van der Wal G, Lens P. Handling complaints in Hospital. *Health Policy*. 1995 ; 31 : 17-27.
- 13- Lau FL, Tam AYB. A three-year review of complaints in emergency department. *HK Journal of Emergency Medicine*. Janvier 2000 ; 7(1) : 16-21.
- 14- Savatier R. La responsabilité médicale en France (aspects de droit privé). *Revue internationale de droit comparé*. 1976;28(3):493-510.

Lois :

15- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Articles 11 et 11 bis A

16- Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire) - Article 1. 2005-213 mars 2, 2005

17- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

18- Article R. 4127-1 du CSP

19- Article R. 4127-35 du CSP

20- Article L. 1111-2 du CSP

21- Article L 1111-7 du CSP

22- Article L. 1112-3 du CSP

23- Article 1382 du Code Civil

24- Article 1383 du Code Civil

25- Arrêt Bianchi du 9 Avril 1993

26- Arrêt Gomez du 21 Décembre 1990

27- Arrêt Mercier, Cour de Cassation civile, 20 Mai 1936

28- Loi Leonetti : Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. 22 avril 2005

29- Assemblée Nationale, séance publique du 4 Octobre 2001

30- Recommandations pour la pratique médicale, ANAES. 2005

31- Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, dite loi Juppé.

Sites internet :

32- Site du Ministère de la Justice (Internet), Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr>

33- CRCI, fiche CISS. [Internet]. Disponible sur: <http://www.leciss.org>

- 34- Les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>
- 35- Justice / Portail / Organisation de la Justice [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
- 36- JURISQUES : INDEMNISATION PAR LES C.R.C.I. [Internet]. [cité 5 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.jurisques.com>
- 37- CRUQPC Démarche qualité fiche CISS. [Internet]. Disponible sur: <http://www.leciss.org>
- 38- plaquette_justice en France_organisation_.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr>
- 39- Présentation de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr>
- 40- Procédure d'indemnisation - Oniam [Internet]. Disponible sur: <http://www.oniam.fr/procedure-indemnisation>
- 41- Guide du représentant des Usagers Cruqpc, fiche CISS. [Internet]. Disponible sur: <http://www.leciss.org>
- 42- Dr Peton P. Historique de la responsabilité médicale, Université de Reims, (Internet). Disponible sur <http://www.univ-reims.fr>
- 43- HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010. (Internet). Disponible sur <http://www.has-sante.fr>

Thèses et mémoires :

- 44- Radoman Irina. Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes: analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistrés au cours des 26 dernières années. (Thèse de doctorat d'Université, Médecine générale). Nice: Université d Nice Sophia Antipolis; 2014
- 45- Flinois Emeline. La responsabilité administrative hospitalière (mémoire d'Université, section politique et administration, filière service public). Lyon: Institut d'études politiques de Lyon. 14 Juin 2005
- 46- Jacquier D. Qui se plaint aux urgences et pourquoi ? (Thèse de doctorat d'université, Médecine Générale). Paris 7 : Université Paris Diderot ; 2010.

RESUME

Introduction : Les plaintes envers les soignants sont une préoccupation majeure de notre profession, qui prend de plus en plus d'importance ces dernières années. La crainte d'une « dérive à l'américaine » et de la judiciarisation de la médecine modifie nos pratiques, nous poussant toujours plus vers une médecine défensive. Malgré tout, l'analyse des réclamations peut être un outil d'amélioration de nos pratiques, par l'étude des motifs d'insatisfaction des patients et de leurs familles notamment. C'est dans cette optique que nous avons fait ce travail de recherche. Méthode : Une étude mono-centrique rétrospective a été réalisée concernant toutes les plaintes d'un service d'Urgences sur une période allant de Janvier 2010 à Décembre 2015. Les dossiers ont pu être recensés grâce à une base de données conservant la trace de toutes les réclamations adressées à l'Hôpital du Havre et qui concernaient ce service. Résultats : Sur les cinq années analysées, on note une hausse importante de la fréquentation du service des Urgences Adultes du Havre, à hauteur de 11,75%. En revanche, la hausse du nombre de plaintes, bien que réelle, ne semble pas être significative. L'étude des données concernant les réclamations ne permet pas de mettre en avant de point de dysfonctionnement majeur, en revanche, nous avons pu isoler quatre grands thèmes d'insatisfaction qui sont la prise en charge médicale, la communication avec les patients ou leurs familles, le temps d'attente, et les reproches concernant l'organisation du service. Discussion : Plusieurs pistes d'amélioration concernant la prise en charge des malades ressortent de l'analyse des plaintes. Certains points ont déjà été pris en compte au fil des années et ont été intégrés au fonctionnement du service des Urgences. Cependant, il reste des domaines d'améliorations potentielles, notamment en ce qui concerne l'encadrement des internes, le fait de remplir les dossiers de façon systématique et complète, ainsi que la communication avec les familles et les patients. Ce dernier sujet particulièrement mériterait d'être développé, étant au centre des préoccupations des malades et de leur entourage.