



HAL
open science

Analyse des courriers de réclamations reçus par le Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nîmes de 2015 à 2019

Lucile Danard Assemat

► To cite this version:

Lucile Danard Assemat. Analyse des courriers de réclamations reçus par le Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nîmes de 2015 à 2019. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03117668

HAL Id: dumas-03117668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03117668>

Submitted on 21 Jan 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lucile DANARD ASSEMAT

le 02 octobre 2020

Analyse des courriers de réclamations reçus par le Service d'Accueil des
Urgences du CHU de Nîmes de 2015 à 2019.

Directeur de thèse : Dr Jacques CRAMPAGNE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Géraud CLARET

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE

Monsieur le Professeur Eric BACCINO

Monsieur le Docteur Jacques CRAMPAGNE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lucile DANARD

le 02 octobre 2020

Analyse des courriers de réclamations reçus par le Service d'Accueil des
Urgences du CHU de Nîmes de 2015 à 2019.

Directeur de thèse : Dr Jacques CRAMPAGNE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Géraud CLARET
Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE
Monsieur le Professeur Eric BACCINO
Monsieur le Docteur Jacques CRAMPAGNE

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Au Professeur Pierre-Géraud CLARET,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour ton aide à la rédaction de ce travail. Merci pour ton investissement au sein de la grande famille des urgences et d'avoir été à notre écoute pour nos choix professionnels.

Au Professeur Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury. Merci pour votre dévotion au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nîmes, elle a permis de faire des urgences l'équipe solidaire qu'elle est aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été à notre écoute pour nos premiers pas aux urgences et au SAMU.

Au Professeur Eric BACCINO,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour vos enseignements lors du DU de Réparation Juridique du Dommage Corporel malgré la situation sanitaire exceptionnelle.

Au Docteur Jacques CRAMPAGNE,

Merci d'avoir surmonté ta crainte et accepté de diriger ce travail, malgré ton emploi du temps chargé à l'UMCH en cette période compliquée. Ça a été un grand plaisir de travailler avec toi. Merci à Sophie également pour les relectures et les tournures de phrases quand les miennes faisaient 6 lignes. Et surtout pour avoir noté la date de soutenance dans son agenda.

A Mme Linda Bringer et Mme Magali Vezolles pour leur aide à comprendre, enfin, le circuit d'une réclamation au CHU.

A l'équipe des Urgences du CHU de Nîmes,

Merci de nous avoir encadrés et soutenus dans notre première expérience des urgences et du SAMU. C'est grâce à vous que nous avons su nous épanouir autant dans notre belle spécialité. Il n'y aurait pas assez de pages pour vous remercier tous mais j'ai pour vous la plus grande estime.

A la fine équipe des futurs bébés docteurs des urgences,

Des salles de simulations aux couloirs du CHU, cette première promotion d'urgentistes a su poser les bases pour le futur. Merci en particulier à Marion, Magali, Thib et Florianne pour avoir essuyé les plâtres ensemble contre vents et marées. A Tiphaine pour nos belles expériences pédiatriques. A Paul, Estelle, Pauline et Vass pour nos futures années. A Antoine, Jonathan, Sonia, Will et Maxime.

A l'équipe de Maladies Infectieuses et Tropicales de Montpellier,

Pour avoir été présente à mes balbutiements en tant qu'interne et bien après pendant cette période mouvementée. Merci à Nathalie Pansu et Clothilde Chartre pour avoir été les deux meilleures CCA dont on aurait pu rêver en premier semestre. Merci à Myriam, Sabine, Solène, Lucas, Vincent, mes tous premiers co-internes.

A l'équipe de Pédiatrie de Perpignan,

Pour ce soutien imparable lors de cet hiver aux milieux des microbes. Merci à Matthieu et son harem de co-internes Estelle, Julie, Sandira, Margot. Merci à Fanny Gaillard pour m'avoir certifié de nombreuses fois que je reviendrai un jour vers de la pédiatrie.

A l'équipe de Réanimation Médicale de Montpellier,

Pour m'avoir démystifié le respirateur qui a encore pourtant tant à m'apprendre. Merci aux co-internes dans le monde du Covid. Laure, Zélie, Zak, Marie, Arthur, Dorian, Luke et Rim, à tous ces staffs à rallonge.

A l'équipe du SMUR Hôtel Dieu et des Urgences de Cochin,

Pour avoir fait naître cette envie de participer à cette grande famille que sont les urgences et de m'avoir accompagnée sur le début du chemin.

A mes parents,

Sans qui rien n'aurait été possible. A ma mère, il n'y a pas assez de mots pour écrire tout ce que je te dois. C'est grâce à toi si j'ai pu faire de mes rêves une réalité. A mon père, pour ta présence et ton humour constant malgré tes goûts musicaux douteux. Merci pour votre soutien toutes ces années et vos nombreuses relectures et votre expertise sur les puces automatiques.

A Philippe, pour avoir toléré sans broncher les discussions infinies entre mère et fille depuis la terminale. Merci pour ta disponibilité en cas de besoin et tous ces taxis motos.

A Zhengxi et Matthieu, pour améliorer chaque jour ma connaissance des animaux selon les lettres de l'alphabet et pour tous ces moments passés ensemble.

A ma famille, pour votre présence tout au long de ces années.

A Claudie, ta force et ta capacité d'émerveillement à chaque instant me rendent pleine d'admiration. Tu m'as transmis ton amour de la lecture et de l'art, et un optimisme à toutes épreuves.

A Roselyne, première docteur de la famille et toujours aux pointes de l'acupuncture. A Chantal et François. A mes cousines Anne et Sarah pour tous ces fous rires et ces souvenirs de Bretagne.

A Jean Pierre, Marie et Jean Luc, aux cousins du Canada Virgile, Calypso et Ulysse... Et la famille qui s'agrandit !

A Yvann, pour avoir gardé ton âme d'enfant, envers et contre tout. Vivre avec toi est une sacrément belle aventure. **A Titi,** le joyeux luron.

A mes amis,

Aux plus vieux, Clémence pour ton soutien après tant d'années, du chien tête en bas aux consultations vétérinaires intempestives.

Aux copains du lycée, Eloïse, Rougui, Aurélien, Audrey, Lucie, Juliette, Yona, Elises, les deux, Dinesh, Pierre-Ange, Alexandre, Donatien, Clémence. Pour tous ces souvenirs. Mme Montebello avait raison : les amis pour la vie se font bien sur les bancs du lycée. Un merci particulier à Eloïse pour ton soutien infailible depuis plus de 10 ans, pour toutes nos aventures passées et à venir et pour notre don à se retrouver dans les plans galères. A Rougui, pour ton optimisme à toute épreuve et ta capacité à vivre ta meilleure vie quelles que soient les difficultés, y compris les ouragans. A vous deux pour tous ces fous rires et de toujours répondre présentes.

Aux copains de la fac, Etienne, Luana, Amaël, Armance, Shee Mon, Thomas, les deux, Anaïs, Victoria, Elisabeth et POM, Clara et QdB, Marc, Maxime, Mikaël, Charles-Edouard. La sous colle de l'espace, Camille, Aymeric et Costa. Ça a été un plaisir de traverser ces années d'externat tous ensemble. A toutes ces prochaines aventures et ces futurs instants de panique maintenant qu'on est dans la cour des grands.

A Sarah, Satchel, Juliette, Laura et Flora pour votre soutien, y compris à des centaines de kilomètres et à ces nombreuses soirées ciné.

Aux nouveaux copains de Montpellier,

Céline, Cédric et Eve pour votre soutien infailible et d'avoir été toujours là quand il fallait. Aux colocs, Arthur, Tundé, Caroline, Antoine, Dimitri, Aurélien, Bony pour avoir animé les soirées perpignanaises ou nîmoises, et pour votre humour, toujours inédit.

A Marine et Chloé pour m'avoir tout appris sur l'écho cœur et de m'avoir soutenue dans ma peur du bip des avis cardios. Et Marine pour cette solidarité en réanimation et à l'UARP.

Aux reclus de l'internat mais qui sont devenus une joyeuse bande de copains, Nicolas, Vincent, Carole Anne, Marion, Arthys et Solène, Eléonore et son beau saxo.

A ceux que j'ai pu oublier et à ceux qu'on n'oublie pas :

A Jules, à Catherine, à Papy et Mamie, à Béa.

Table des matières

LISTE DES ABBREVIATIONS	22
I. INTRODUCTION	23
II. MATERIEL ET METHODES	25
II.1. ETUDE	25
II.2. METHODES.....	25
II.3. ANALYSE STATISTIQUE.....	27
III. RESULTATS	28
III.1. EPIDEMIOLOGIE DES COURRIERS DE RECLAMATIONS	28
III.2. MOTIFS DES PLAINTES ET FACTEURS FAVORISANTS DE LA PRISE EN CHARGE	30
III.3. ENGORGEMENT DES URGENCES ET RECLAMATIONS	34
IV. DISCUSSION	35
IV.1. ETAT DES LIEUX	35
IV.2. MISE EN PLACE DE REPONSES ORGANISATIONNELLES	36
IV.2.a. <i>Manque de places dans les services d'aval</i>	36
IV.2.b. <i>Délai de premier contact médical et temps passé au SAU</i>	37
IV.2.c. <i>Examens complémentaires non réalisés et complications ultérieures</i>	38
IV.3. MISE EN PLACE DE REPONSES RELATIONNELLES	39
IV.4. REVUES DE MORBI-MORTALITES	39
IV.5. AVANTAGES ET LIMITES	40
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	46
ANNEXE 1 : CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE	46
ANNEXE 2 : CIRCUIT D'UN PATIENT ET D'UNE RECLAMATION AU SAU DU CHU DE NIMES.....	47
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR LE RECUEIL DE DONNEES	50
ANNEXE 4 : ECHELLE CANADIENNE DE TRIAGE ET DE GRAVITE, ETG.....	55
ANNEXE 5 : DROIT DES USAGERS ET DEMARCHE DE RECLAMATION	56
SERMENT	58

Table des figures et des tableaux

FIGURE 1. DIAGRAMME DE FLUX DES COURRIERS INCLUS DANS L'ÉTUDE	28
FIGURE 2. NOMBRE DE PASSAGES AU SAU ET DE COURRIERS REÇUS PAR AN	29
FIGURE 3. PRINCIPAUX MOTIFS D'ADMISSION AU SAU. DIFFERENCE SIGNIFICATIVE.....	33
TABLEAU 1. CARACTERISTIQUES DU PLAIGNANT ET DE LA PLAINTÉ	30
TABLEAU 2. MOTIFS DES RECLAMATIONS	31
TABLEAU 3. CARACTERISTIQUES DES PRISES EN CHARGE	32

LISTE DES ABBREVIATIONS

ARS Agence Régionale de Santé

APHP Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CDU Commissions des Usagers

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CRCI Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CREX Comités de Retour d'Expérience

CRUQPC Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSP Code de la Santé Publique

DQGR Direction Qualité de Gestion des Risques

DPI Dossier Patient Informatisé

EHPAD Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes

EIAS Evènements Indésirables Associés aux Soins

ETG Echelle canadienne de Triage et de Gravité

IOA Infirmière Organisatrice de l'Accueil

MAO Médecin d'Accueil et d'Orientation

ONIAM Office National d'indemnisation des Accidents Médicaux

PH Praticien Hospitalier

RMM Revues Morbi-Mortalité

SAMU Service d'Aide Médicale Urgente

SAU Service d'Accueil des Urgences

SAUV Service d'Accueil des Urgences Vitales

SMUR Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

UH Unité Hivernale

UHCD Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMCH Unité MédicoChirurgicale d'Hospitalisation

UPOG Unité Péri Opératoire Gériatrique

UPU Unité Post-Urgence

ZAH Zone d'Attente d'Hospitalisation

I. Introduction

Depuis les années 2000 et avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient est placé au centre des préoccupations et devient l'acteur prépondérant de sa prise en charge. Ainsi, en accord avec la charte du patient hospitalisé (présentée en Annexe 1), apparaissent dans tous les établissements de santé des Commissions des Usagers (CDU anciennement Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, CRUQPC). Elles ont pour vocation de promouvoir le droit du patient à être entendu notamment pour demander une réparation lorsqu'un préjudice est subi (1).

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Selon l'article L.1112-2 du Code de la Santé Publique (CSP), chaque établissement doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des usagers à partir de l'analyse des plaintes et des réclamations reçues par l'établissement. Le recueil exhaustif des réclamations permet d'analyser l'organisation de la chaîne de la prise en charge et d'en évaluer les améliorations possibles pour chacun des événements signalés (2,3). Cette analyse des insatisfactions, des réclamations, voire des plaintes, qu'elles soient verbales ou écrites, entre dans une démarche d'amélioration continue des soins. Le but est de transformer ces réclamations en outil de perfectionnement pour améliorer le confort des patients et permettre une meilleure efficacité des soins (4,5).

De nombreuses études ont validé l'intérêt de ce recueil des réclamations et nous pouvons remarquer que les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont parmi les premiers services concernés par le risque d'erreur médicale et de plaintes des patients (6–9). En effet, le SAU est l'un des services avec le plus grand nombre de passages par jour, en constante augmentation depuis les années 2000. Les praticiens doivent prendre rapidement de nombreuses décisions basées sur des informations fournies par le patient (souvent incomplètes) reçues dans un milieu peu propice à la réflexion du fait du nombre important de contraintes (flux de patients à prendre en charge, temps d'attente et agressivité, interruption de tâche...) (10–14). Ces interruptions peuvent dans certains cas être bénéfiques et l'occasion de rattraper une potentielle erreur (15,16).

Notre étude est basée sur l'analyse des courriers de réclamations reçus par le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nîmes (dont l'organisation est détaillée en Annexe 2) entre 2015 et 2019. Elle a pour but de proposer des mesures correctives pour améliorer la prise en charge des patients autant d'un point de vue médical qu'humain et organisationnel. Le critère de jugement principal est l'évaluation des facteurs favorisant la réception d'un courrier de réclamation portant sur une prise en charge qui avait eu un impact délétère sur le patient. Les objectifs secondaires sont l'identification des motifs de consultation les plus susceptibles d'entraîner une réclamation, l'analyse de l'effet du flux de patients sur les réclamations ainsi que la recherche de mesures correctives pour limiter le nombre de plaintes.

II. Matériel et méthodes

II.1. Etude

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique des courriers de plaintes et de réclamations reçus entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2019 par le SAU du CHU de Nîmes. Les courriers analysés étaient tous les courriers ou mails reçus pour réclamation ou plainte par la direction de l'établissement, par le chef de service ou par un médecin exerçant au service des urgences.

II.2. Méthodes

Tous les courriers ont été relus et analysés, et les données ont été collectées dans une base de données Excel® (Microsoft, Redmond, États-Unis). Le document utilisé est présenté en Annexe 3.

Les informations collectées sur les plaintes étaient les suivantes :

- l'impact sur le patient du grief exprimé : aucun, retard diagnostique ou perte de chance, évènements indésirables graves, voir décès ;
- l'origine de la plainte : patient lui-même, famille ou proches, médecin traitant, avocat ou Agence Régionale de Santé (ARS) ;
- le motif de la plainte divisé en trois groupes :
 - médical : manquement aux recommandations, erreur diagnostique supposée, erreur dans la prescription des traitements, examens complémentaires non réalisés, complications ultérieures, contestation d'orientation ;
 - relationnel : défaut d'information, conflit avec le personnel soignant ;
 - organisationnel : temps d'attente, manque de place dans un service d'aval, confort et besoins élémentaires, administratifs, locaux ;
- l'objectif du plaignant : réponse à une question, demande d'indemnisation, dépôt de plainte pour manquement administratif ou recours à l'ordre des médecins ;
- la réponse du CHU à la plainte : réponse par courrier et présentation en CDU, médiation, Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), règlement à l'amiable ou procès ;

- le délai entre l'évènement et la réception du courrier par le CHU, défini par le temps en jours entre la date de la prise en charge au Service d'Accueil des Urgences et la date de réception du courrier par le CHU.

Les données recueillies sur les prises en charge selon les dossiers médicaux étaient les suivantes :

- l'âge des patients divisé en trois groupes : mineurs (de 15 ans et 3 mois à moins de 18 ans), adultes (de 18 à 75 ans) et patients âgés de plus de 75 ans ;
- le motif de consultation au SAU : médical, chirurgical, traumatologique ou psychiatrique ;
- la voie d'entrée dans le service quand celle-ci était précisée dans le dossier : seul, en transport sanitaire, en transport médicalisé par le Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR) avec ou sans régulation par le centre 15 ;
- l'évaluation médicale préalable par un médecin ;
- la temporalité de la consultation selon les critères suivants :
 - le jour de la consultation aux urgences (semaine ou week-end) ;
 - l'heure de la prise en charge selon trois groupes
 - en journée de 8h30 à 18h30,
 - en première partie de nuit de 18h30 à 00h30,
 - en deuxième partie de nuit de 00h30 à 8h30 ;
- la zone de prise en charge : circuit médicochirurgical, circuit traumatologique ou circuit d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) ou salle de déchocage ;
- le triage du patient selon l'Echelle canadienne de Triage et de Gravité, ETG (détaillée en Annexe 4) ;
- les acteurs de la prise en charge du patient :
 - l'acteur principal divisé entre les praticiens en formation (les internes) et les étudiants (les externes), et les médecins thésés (sans distinction d'année d'expérience) ;
 - le recours à un avis spécialisé lors de la prise en charge (spécialités médicales ou chirurgicales);
- le délai du premier contact médical, défini par le temps en heure entre l'heure de l'enregistrement du patient à l'accueil du SAU et l'heure de la validation de l'observation médicale par le médecin responsable de la prise en charge (ou le cas échéant, l'heure de la demande du premier examen complémentaire) ;

- la durée de séjour aux urgences, définie par le temps en heure entre l'heure de l'enregistrement du patient à l'accueil du SAU et la dernière heure de validation de la conclusion dans le dossier médical (c'est-à-dire l'heure de décision médicale de sortie ou de mutation dans un autre service) ;
- l'orientation finale du patient avec le secteur d'hospitalisation ou le retour au domicile.

Lorsque le patient était hospitalisé, nous avons recherché si le patient avait été directement admis en service ou s'il avait été admis en Zone d'Attente d'Hospitalisation (ZAH). Le temps passé en ZAH en heure a été retrouvé grâce à l'historique des mutations sur le Dossier Patient Informatisé (DPI). Le nombre des malades hospitalisés en ZAH ce jour-là a lui aussi été recueilli.

Nous avons également relevé dans les courriers si les patients avaient reconsulté un autre médecin (en libéral ou en centre hospitalier) suite à la prise en charge au SAU et s'il y avait eu une incidence sur celle-ci.

Les plaintes judiciaires et pénales n'ont pas été incluses de l'étude. Les plaintes reçues ne concernant pas la prise en charge au Service d'Accueil des Urgences ont été exclues. Les lettres de satisfactions des patients n'ont pas été incluses.

II.3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R Core Team 2018® (R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2018). Les figures et tableaux ont été réalisés avec les logiciels Excel® et Word® (Microsoft, Redmond, Etats-Unis).

Les comparaisons de variables quantitatives ont été testées grâce à un test de Student. La comparaison des variables qualitatives a été réalisée grâce à un test de Chi2.

Le seuil significatif est considéré comme atteint quand le risque d'erreur de première espèce (alpha) est inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

III. Résultats

III.1. Epidémiologie des courriers de réclamations

Cent cinquante-six courriers de plaintes et réclamations ont été reçus entre 2015 et 2019. Trois courriers ont été exclus de l'étude : l'un concernait la prise en charge en EHPAD, le deuxième une réclamation sur les frais d'hospitalisation et le troisième une prise en charge par la sécurité sociale (Figure 1).

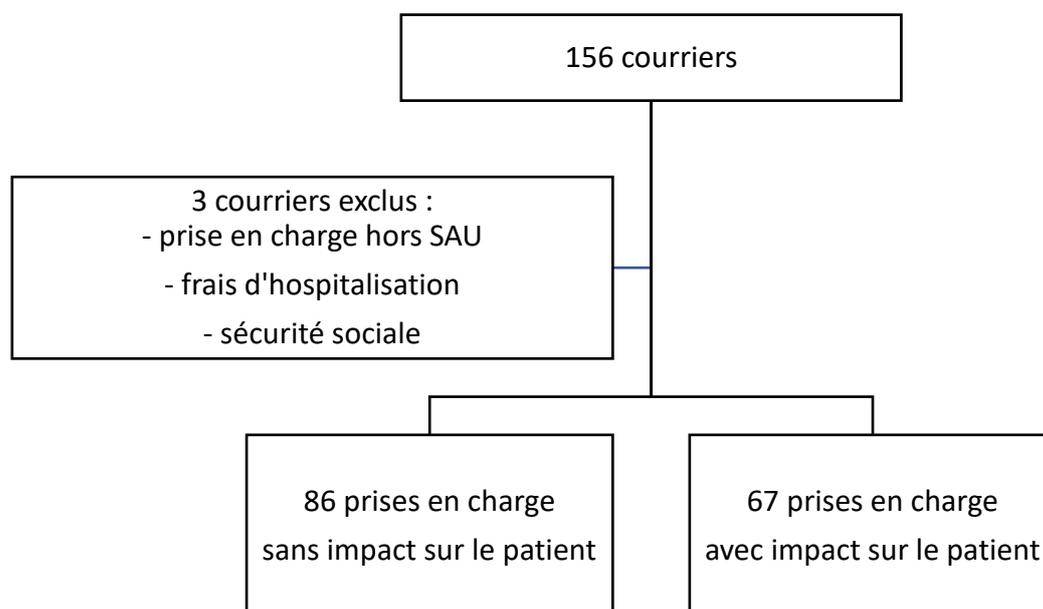


Figure 1. Diagramme de flux des courriers inclus dans l'étude

Pendant cette période, 429 286 patients se sont présentés au SAU. L'incidence globale est de 3,6 courriers / 10 000 passages. Le nombre de courriers et le nombre de passages au SAU par an sont présentés dans la Figure 2.

Parmi les plaintes reçues, nous avons cherché à évaluer l'impact sur le patient de la prise en charge dont il se plaint. Sur les 153 courriers inclus, 67 concernaient une réclamation qui a eu un impact sur le patient (44 %). Pour 47 d'entre eux (70 %), il s'agissait d'un retard diagnostique ayant entraîné une perte de chance ; pour 15 (22 %), l'évolution a conduit au décès du patient

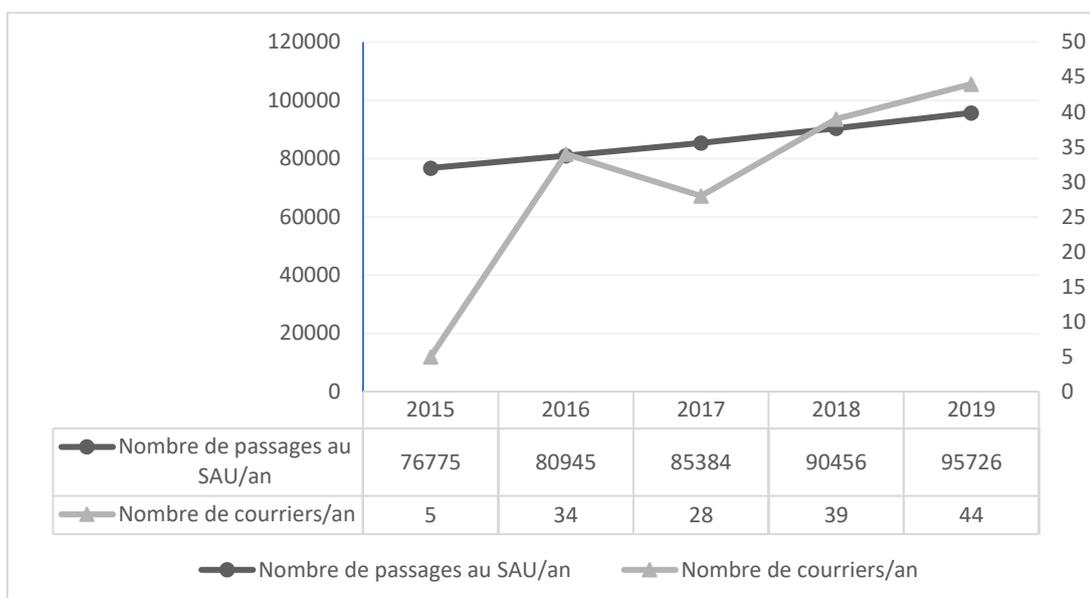


Figure 2. Nombre de passages au SAU et de courriers reçus par an

et pour cinq (8 %) le patient a présenté un effet indésirable grave lié aux soins. Les caractéristiques concernant le plaignant et la plainte sont décrites dans le Tableau 1.

L'âge moyen du patient était le même dans les deux groupes. Le courrier de réclamation était en majorité envoyé par le patient lui-même ou sa famille. La réclamation peut avoir différents buts, détaillés en Annexe 5. Les courriers de plainte déposés par des avocats ne concernaient que des prises en charge pour lesquelles il y avait eu un impact sur le patient. Cela correspond également à la différence qui apparaît dans les objectifs de la plainte : les patients dont les courriers concernaient une prise en charge ayant eu un impact étaient plus demandeurs d'indemnisations. Nous remarquons cependant que dans 95 % des cas, le patient était plutôt dans une démarche de demande d'information et de questionnement que dans une recherche de sanction. Les patients se satisfaisaient du courrier d'explication envoyé par la Direction Qualité de Gestion des Risques (DQGR) après analyse du dossier sans donner de suite.

Caractéristiques du plaignant et de la plainte	Total	Avec impact	Sans impact	valeur de p
Age moyen (médiane)	55,84 (55)	53,99 (54)	57,31 (59)	0,35
Origine de la plainte				0,005
Patient lui-même	71 (46,4 %)	26 (38,8 %)	45 (52,3 %)	
Famille	66 (43,1 %)	30 (44,8 %)	36 (41,9 %)	
Amis	1 (0,7 %)	0 (0 %)	1 (1,2 %)	
Médecin traitant	5 (3,3 %)	1 (1,5 %)	4 (4,7 %)	
Avocat	9 (5,9 %)	9 (13,4 %)	0 (0 %)	
ARS	1 (0,7 %)	1 (1,5 %)	0 (0 %)	
Délai moyen (en jours)	99,61 (16)	185,1 (39)	30,38 (9)	0,008
Objectif de la plainte				
Questionnement	145 (94,8 %)	61 (91 %)	84 (97,7 %)	0,14
Indemnisations	37 (24,2 %)	26 (38,8 %)	11 (12,8 %)	< 0,001
Administratif	7 (4,6 %)	5 (7,5 %)	2 (2,3 %)	0,26
Ordinale	1 (0,7 %)	0 (0 %)	1 (1,2 %)	1
Réponse du CHU				
Courrier	123 (80,4 %)	43 (64,2 %)	80 (93 %)	< 0,001
Médiation	9 (5,9 %)	7 (10,4 %)	2 (2,3 %)	0,07
CRCI	24 (15,7 %)	20 (29,9 %)	4 (4,7 %)	< 0,001
Règlement amiable	11 (7,2 %)	8 (11,9 %)	3 (3,5 %)	0,09
Judiciaire	2 (1,3 %)	2 (3 %)	0 (0 %)	0,37

Tableau 1. Caractéristiques du plaignant et de la plainte

Cette tendance s'affiche aussi sur la comparaison des délais entre la prise en charge et l'envoi du courrier : les courriers concernant une réclamation avec un impact avaient des délais moyens 6 fois plus longs que ceux sans impact (délai moyen à 185 jours avec médiane à 39 jours dans le groupe avec impact contre respectivement 30 jours et 9 jours dans le groupe sans impact, $p = 0,008$). Nous constatons que les réclamations avec impact étaient majoritairement présentées en médiation ou en Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI). De ces dossiers, la majeure partie était traitée en règlement amiable et une minorité a fait l'objet d'une procédure judiciaire.

III.2. Motifs des plaintes et facteurs favorisant de la prise en charge

Les motifs des plaintes sont regroupés dans le Tableau 2. La quasi-totalité des patients déplorait plusieurs griefs au sein de leur courrier.

Concernant la prise en charge médicale, les motifs principaux étaient dans l'ordre croissant : les examens complémentaires non réalisés, la survenue d'une complication ultérieure, la contestation d'orientation à la sortie du service, les erreurs de prescription des traitements et la crainte d'une erreur diagnostique. La différence était significative entre les deux groupes pour les examens complémentaires, l'orientation ainsi que l'erreur diagnostique (40 % vs 0 %).

Motifs des réclamations	Total	Avec impact	Sans impact	valeur de p
Prise en charge médicale				
Manquement aux protocoles	11 (7,2 %)	5 (7,5 %)	6 (7 %)	1
Erreur diagnostique	26 (17 %)	26 (38,8 %)	0 (0 %)	< 0,001
Erreur prescription des traitements	32 (20,9 %)	17 (25,4 %)	15 (17,4 %)	0,32
Examens complémentaires manquants	66 (43,1 %)	39 (58,2 %)	27 (31,4 %)	0,0015
Complications ultérieures	55 (35,9 %)	39 (58,2 %)	16 (18,6 %)	< 0,001
Contestation d'orientation	51 (33,3 %)	28 (41,8 %)	23 (26,7 %)	0,07
Relationnel				
Conflit	59 (38,6 %)	17 (25,4 %)	42 (48,8 %)	0,005
Défaut d'information	47 (30,7 %)	22 (32,8 %)	25 (29,1 %)	0,75
Organisationnel				
Temps d'attente	49 (32 %)	17 (25,4 %)	32 (37,2 %)	0,17
Manque de place dans un service d'aval	19 (12,4 %)	8 (11,9 %)	11 (12,8 %)	1
Confort et besoin élémentaires	23 (15 %)	7 (10,4 %)	16 (18,6 %)	0,24
Administratifs	16 (10,5 %)	2 (3 %)	14 (16,3 %)	0,016
Locaux	8 (5,2 %)	3 (4,5 %)	5 (5,8 %)	0,99

Tableau 2. Motifs des réclamations

De nombreuses réclamations évoquaient des problèmes relationnels avec les équipes soignantes. La majorité concernait des conflits intéressant le patient, ses accompagnants et l'équipe soignante lors du passage au SAU. Cette donnée-là était significativement plus élevée dans le groupe sans impact. Un tiers des réclamations cependant dénonçait un manque d'information avec une proportion similaire entre les deux groupes.

Les réclamations à visée organisationnelle étaient dominées par le temps d'attente (32%). Les réclamations pour le non-respect du confort et des besoins élémentaires du patient semblaient aller de pair avec le manque de place dans un service d'aval. Il peut être noté que les réclamations de type administratif étaient majoritaires de façon significative dans le groupe sans impact.

Les différents facteurs concernant le passage au SAU ayant mené à une réclamation sont détaillés dans le Tableau 3.

Caractéristiques des prises en charge	Total	Avec impact	Sans impact	valeur de p
Motif de consultation				0,29
Médical	112 (73,2 %)	47 (70,1 %)	65 (75,6 %)	
Traumatologique	34 (22,2 %)	18 (26,9 %)	16 (18,6 %)	
Chirurgical	4 (2,6 %)	2 (2,3 %)	2 (2,3 %)	
Psychiatrique	3 (2 %)	0 (0 %)	3 (3,5 %)	
Voie d'entrée				0,88
Seul	44 (28,8 %)	20 (29,9 %)	24 (27,9 %)	
Adressé par le médecin traitant	28 (18,3 %)	11 (16,4 %)	17 (19,8 %)	
Adressé par un autre médecin	3 (2 %)	1 (1,5 %)	2 (2,4 %)	
Transport sanitaire	52 (34 %)	24 (35,8 %)	28 (32,6 %)	
SMUR	6 (3,9 %)	2 (3 %)	4 (4,7 %)	
Adressé par l'ARS	1 (0,7 %)	0 (0 %)	1 (1,2 %)	
Non renseignée	18 (11,8 %)	9 (13,4 %)	9 (10,5 %)	
Régulation par le centre 15				
Oui	39 (25,5 %)	16 (23,9 %)	23 (26,7 %)	
Non renseignée	114 (74,5 %)	51 (76,1 %)	63 (73,3 %)	
Evaluation antérieure par un médecin				0,43
Aucune	78 (51 %)	33 (49,3 %)	42 (52,3 %)	
Médecin traitant	35 (22,9 %)	13 (19,4 %)	22 (25,6 %)	
Autre médecin	3 (2 %)	1 (1,5 %)	2 (2,4 %)	
Maison médicale de garde	2 (1,3 %)	0 (0 %)	2 (2,3 %)	
SOS médecin	5 (3,3 %)	4 (6 %)	1 (1,2 %)	
SMUR	7 (4,6 %)	3 (4,5 %)	4 (4,7 %)	
Autre service d'urgence	3 (2,0 %)	1 (1,5 %)	2 (2,3%)	
SAU de Nîmes pour le même motif	20 (13,1 %)	12 (17,9 %)	8 (9,3 %)	
Zone de prise en charge au SAU				0,57
Médico-chirurgical	108 (70,6 %)	45 (67,2 %)	63 (73,3%)	
Traumatologique	39 (25,5 %)	20 (29,9 %)	19 (22,1%)	
Déchocage	4 (2,6 %)	2 (3 %)	2 (2,3 %)	
Non renseignée	2 (1,3 %)	0 (0 %)	2 (2,3 %)	
Heure de la prise en charge				0,08
Journée	87 (56,9 %)	40 (59,7 %)	47 (54,7 %)	
Début de garde	44 (28,8 %)	14 (20,9 %)	30 (34,9 %)	
Fin de garde	22 (14,4 %)	13 (19,4 %)	9 (10,5 %)	
Triage				0,25
Tri 1	1 (0,7 %)	1 (1,5 %)	0 (0 %)	
Tri 2	5 (3,3 %)	1 (1,5 %)	4 (4,7 %)	
Tri 3	39 (25,5 %)	14 (20,9 %)	25 (29,1 %)	
Tri 4	73 (47,7 %)	32 (47,8 %)	41 (47,7 %)	
Tri 5	32 (20,9 %)	18 (26,9 %)	14 (16,3 %)	
Non renseigné	3 (2 %)	1 (1,5 %)	2 (2,3 %)	
Médecin responsable de la prise en charge				1
Junior	83 (52,2 %)	37 (55,2 %)	46 (53,5 %)	
Senior	68 (44,4 %)	30 (44,8 %)	38 (44,2 %)	
Non renseigné	2 (1,3 %)	0 (0 %)	2 (2,3 %)	
Avis spécialisé demandé				0,91
Oui	74 (48,4 %)	32 (47,8 %)	42 (48,8 %)	
Non	77 (50,3 %)	35 (52,2 %)	42 (48,8 %)	
Non renseigné	2 (1,3 %)	0 (0 %)	2 (2,3 %)	
Orientation du patient à la sortie du SAU				0,06
Retour au domicile	96 (62,7 %)	41 (61,2 %)	55 (64 %)	
Hospitalisation en service de médecine	20 (13,1 %)	8 (11,9 %)	12 (14 %)	
Hospitalisation en service de chirurgie	10 (6,5 %)	5 (7,5 %)	5 (5,8 %)	
Bloc opératoire en urgence	3 (2 %)	0 (0 %)	3 (3,5 %)	
Hospitalisation en soins intensifs	10 (6,5 %)	7 (10,4 %)	3 (3,5 %)	
Hospitalisation en réanimation	3 (2 %)	3 (4,5 %)	0 (0 %)	
Décès	2 (1,3 %)	2 (3 %)	0 (0 %)	
Sortie contre avis médical	6 (3,9 %)	1 (1,5 %)	5 (5,8 %)	
Sortie sans avis médical ou fugue	3 (2 %)	0 (0 %)	3 (4,5 %)	
Consultation dans un autre service				< 0,001
Oui	49 (32 %)	38 (56,7 %)	11 (12,8 %)	
Non	104 (68 %)	29 (43,3 %)	75 (87,2 %)	
Modification de la prise en charge				< 0,001
Oui	36 (23,5 %)	33 (49,3 %)	3 (3,5 %)	
Non	13 (8,5 %)	5 (7,5 %)	8 (9,3 %)	

Tableau 3. Caractéristiques des prises en charge

Les motifs de consultation au SAU étaient majoritairement médicaux (73 %) et traumatologiques (22 %). Ceux-ci sont présentés dans la Figure 3.

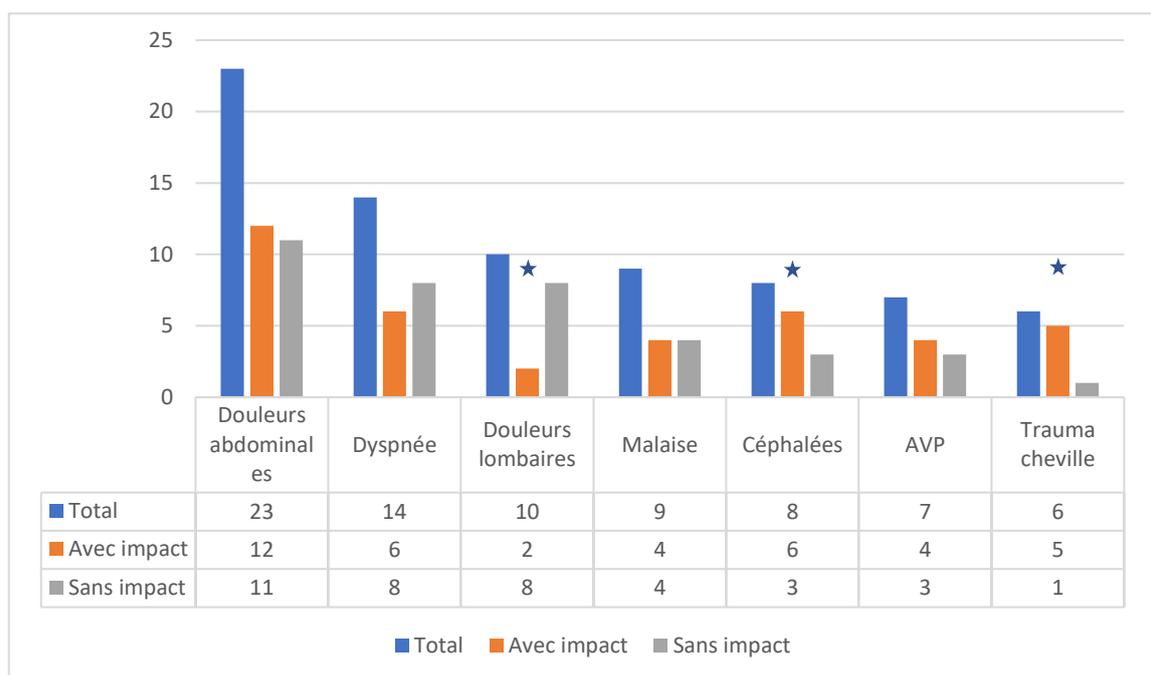


Figure 3. Principaux motifs d'admission au SAU. ★ Différence significative.

Les patients étaient amenés en transports sanitaires (ambulance ou pompier) dans un tiers des cas, 28 % arrivaient seuls, et presque 20 % d'entre eux étaient adressés aux urgences par leur médecin traitant ou un autre médecin (coordinateur des Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes, EHPAD, ou autre médecin du CHU). Un appel à la régulation du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) centre 15, était retrouvé dans un quart des cas. Les patients avaient été évalués par un autre médecin avant leur passage au SAU dans 49% des cas avec une majorité de patients vus par leur médecin traitant (23 %) ou reçus aux urgences du CHU de Nîmes pour le même motif dans le mois précédent (13 %). Ces données étaient similaires dans les deux groupes.

Il n'y avait pas de différence sur la temporalité de la prise en charge. Le triage à l'arrivée, la zone de prise en charge et le médecin responsable de la prise en charge n'étaient pas des facteurs à risque d'un impact sur les patients. La majorité des réclamations concernait des patients ayant été autorisés à rejoindre leur domicile et ce dans les deux groupes. Parmi ces patients, environ un tiers reconsultait dans un autre centre hospitalier ou clinique pour les mêmes symptômes. Il s'agissait de patients du groupe avec impact à 57 % avec une modification de la prise en charge dans 49 % des cas.

III.3. Engorgement des urgences et réclamations

Le nombre de passages par 24h au Service d'Accueil des Urgences n'était pas différent dans les deux groupes. Le nombre moyen était de 240 passages dans le groupe avec impact contre 247 ($p = 0,16$). Le délai moyen de premier contact médical était de 1,76 heure dans les deux groupes ($p=0,19$) avec un maximum de 7 h dans le groupe sans impact. La durée de séjour dans les urgences était en moyenne de 7,23 h avec une médiane à 6 h ($p=0,17$).

Nous avons également relevé la durée d'hospitalisation dans la zone d'attente d'hospitalisation dont l'organisation est décrite en Annexe 2. La durée moyenne passée dans cette zone était de 9,7 h pour les deux groupes. Cette durée moyenne était discrètement diminuée dans le groupe avec impact à 6,25 h avec une médiane à 0 h contre 12,7 h et une médiane à 5,5 h dans le groupe sans impact ($p=0,10$). Pour rappel, la ZAH a été conçue pour recevoir 11 patients sur des brancards et trois en box scopé si besoin. Nous pouvons constater que le nombre moyen des patients était largement supérieur avec 23 patients admis en ZAH au même moment avec une médiane à 22 et un maximum à 46 ($p=0,39$).

IV. Discussion

IV.1. Etat des lieux

Nous avons constaté une incidence de 3,6 courriers/ 10 000 passages, ce qui est plus faible que ce qui est retrouvé dans la littérature (4,8/10000 au CHU de Toulouse, 5,3/10 000 au CH de Rouen et 8/10 000 à l'APHP) (17–21). Moins de la moitié des courriers de plaintes concernait une prise en charge ayant eu un impact délétère sur le patient (retard diagnostic, effet indésirable grave ou décès) (22). Les courriers étaient principalement envoyés par le patient ou sa famille avec un objectif de questionnement plus que d'indemnisation (17,23–25) et la plupart se soldaient sans suite (26). Les motifs principaux des réclamations concernant la prise en charge médicale portaient sur les examens complémentaires non réalisés dans 43 % des cas, les complications ultérieures dans 35% des cas, la contestation d'orientation dans 30 % des cas, la prescription incomplète de traitement dans 20 % des cas et une erreur diagnostique dans 15 % des cas. Un défaut d'information était retrouvé dans 30 % des courriers. Le temps d'attente était repris dans 30 % des réclamations. Ces résultats sont concordants avec la littérature (17,23–25,27–37).

Le triage à l'accueil et le motif de consultation ne prédisposaient pas à recevoir un courrier mais on peut néanmoins remarquer que la plupart des réclamations sans impact sur le patient relevait d'un triage de niveau 3 ou 4, représentatif des patients les moins graves dans les urgences. L'horaire de prise en charge n'était pas un facteur prédictif de recevoir un courrier de réclamation mais on peut souligner la majoration du nombre de courriers dans le groupe avec impact en nuit profonde, c'est-à-dire entre 00h30 et 8h30. La littérature retrouve des résultats discordants sur l'impact de l'horaire de garde sur les prises en charge (18,36). Le médecin responsable de la prise en charge dichotomisé entre senior et junior ne montrait pas de différence significative. Ceci s'explique entre autres par le fonctionnement des urgences du CHU de Nîmes où tous les dossiers vus par les praticiens en formation (internes) ou les étudiants (externes) sont seniorisés par les Praticiens Hospitaliers (PH) responsables du secteur de soins.

Notre étude a permis de mettre en évidence des difficultés dans le Service d'Accueil des Urgences notamment sur le manque de place dans les services d'aval avec une surpopulation dans la ZAH responsable d'une surmortalité (38). Cette étude s'inscrit dans une démarche de qualité continue avec vocation d'en tirer des mesures correctives notamment sur les examens complémentaires non réalisés et sur les difficultés relationnelles avec certains patients.

IV.2. Mise en place de réponses organisationnelles

Depuis plus de 10 ans, nous constatons une majoration du nombre de passage au SAU de Nîmes créant un engorgement majeur des urgences (39,40).

IV.2.a. Manque de places dans les services d'aval

Pour pallier à ce manque de place, une Zone d'Attente d'Hospitalisation a été créée dans les années 2000 avec une capacité de 14 brancards, gérée la journée par un médecin urgentiste et une équipe paramédicale (un infirmier et un aide-soignant). Quand le nombre de patients dépassait 20, un deuxième médecin urgentiste pouvait aider à la prise en charge en renfort. La durée d'hospitalisation dans cette ZAH ne devait pas dépasser 24 heures. Au fil des années, le nombre de patients hospitalisés dans ce secteur a largement augmenté, jusqu'à atteindre 5 fois la capacité d'accueil de la ZAH avec une durée d'hospitalisation supérieure à 48 heures. Sur les périodes de gardes de week-end et quel que soit le nombre de patient, seul un médecin est responsable de ce secteur, par ailleurs mutualisé avec le SMUR, ce qui peut créer de nombreuses difficultés de surveillance, de prise en charge et de confort pour le patient (38).

Dans l'optique de limiter le nombre de patients dans cette ZAH, deux services post-urgences ont été créés en 2018 :

- l'Unité Hivernale (UH) de 15 lits, ouverte de novembre à mars sur les mois d'épidémie, gérée par deux médecins urgentistes,
- l'Unité Péri Opératoire Gériatrique (UPOG) avec une augmentation progressive du nombre de places jusqu'à 30 lits, ouverte toute l'année, accueillant les patients gériatriques admis pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur et en post-opératoire de chirurgie digestive, gérée par des médecins gériatres.

En juillet 2020, l'Unité Post Urgence (UPU) a vu le jour avec une augmentation progressive du nombre de places jusqu'à 14 lits sans médecin responsable du service pour les patients hébergés en hospitalisation.

Des travaux sont prévus dans les futures années pour la création de trois secteurs de 30 lits chacun pour : une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), des lits ambulatoires de médecine et de chirurgie et la majoration des lits de l'Unité MédicoChirurgicale d'Hospitalisation

(UMCH) notamment pour les patients ayant besoin d'une surveillance scopée courte (par exemple, les pneumothorax drainés ou les traumatismes crâniens avec saignement intracrânien sans indication chirurgicale).

IV.2.b. Délai de premier contact médical et temps passé au SAU

La restructuration des urgences en différentes zones de soins (médocochirurgicales, traumatologique et circuit court) a permis une diminution de la mortalité au SAU et une diminution du délai de premier contact médical (41).

Par ailleurs, l'organisation du triage selon l'ETG permet de diminuer la mortalité en prenant plus vite en charge les patients les plus graves malgré un flux important de patients (42). Ce triage est réalisé aux urgences par une infirmière dédiée, l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA), en fonction des doléances du patient et de ses paramètres à l'admission. Ce triage est fait à un instant donné qui ne prédit pas de l'évolution future du patient ni du risque de dégradation clinique du patient. Il y avait peu d'erreurs de triage relevées dans notre étude puisque la plupart des réclamations ne concernaient pas les patients les plus graves, en tri 1 ou 2, pris en charge au déchocage. Aux urgences de Nîmes, même s'il n'y a pas de Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) dédié, le médecin responsable du circuit court endosse cette fonction. Ce système de copilote du médecin peut permettre à la fois une diminution des erreurs de triage, une diminution du délai de premier contact médical et une diminution des erreurs diagnostiques (15,16,36).

Nous avons pu observer dans notre étude que le délai de premier contact médical était d'environ 1h 45min en moyenne, mais le temps passé aux urgences était en moyenne de 7h 30min. Cela concorde avec la littérature sur le fait que le temps d'attente perçu par le patient est souvent différent du temps réel. Dans ces conditions, une simple explication du triage, du diagnostic supposé, des examens prévus et des délais dans lesquels les résultats seront disponibles permet de diminuer les réclamations concernant le temps d'attente (35,37,43). Dans notre étude, l'horaire de la journée n'était pas à risque d'impact sur la prise en charge. Pourtant nous pouvons observer une tendance à une majoration des réclamations sur une prise en charge ayant eu un impact sur le patient en nuit profonde (c'est-à-dire entre minuit et demi et 8h30). Pour diminuer le temps effectif de premier contact médical et ce notamment sur la période de relève à 18h30, un poste médical supplémentaire sur la demi garde de 16h à minuit a été créé au décours de l'été 2019. Ce médecin prend en charge les dossiers de la journée afin de réévaluer les patients et

organiser la sortie du SAU (soit par un retour à domicile, soit par une hospitalisation) et permet au médecin prenant la garde à 18h30 de voir plus rapidement d'autres patients.

IV.2.c. Examens complémentaires non réalisés et complications ultérieures

L'un des motifs principaux de réclamation était les examens complémentaires non réalisés qui entraînaient une erreur d'orientation à la sortie des urgences et parfois des complications ultérieures. Nous avons pu observer dans notre étude que ces prises en charge pouvaient être responsables d'un retard diagnostique et d'une nouvelle consultation dans un autre service.

C'est notamment le cas pour les consultations aux urgences pour traumatisme de la cheville sans impotence fonctionnelle pour lequel une radiographie osseuse est réalisée au SAU. Cette radiographie est interprétée par le médecin urgentiste mais toutes ne sont pas relues par les chirurgiens orthopédistes et certains traits de fractures peuvent ainsi être non diagnostiqués (18). Une consultation post-urgence avec les chirurgiens orthopédistes a été conçue à Nîmes pour palier à ces éventualités. Dans le même esprit, une consultation de cardiologie post-urgence a été créée pour les patients ayant des indications à des explorations complémentaires sans urgence.

Avec l'augmentation des réclamations par les patients depuis quelques années, il peut exister une surconsommation des examens complémentaires liée à une médecine défensive (44,45). En effet, d'un point de vue médico-légal, les praticiens hospitaliers aux urgences ont une obligation de moyens afin d'éviter toute erreur diagnostique. Il est nécessaire et parfois difficile de trouver un équilibre dans nos pratiques. Selon les recommandations des sociétés savantes, les examens complémentaires ne sont pas toujours à réaliser en urgence mais peuvent être différés dans les 48h suivantes. A l'initiative du Pr BEREGI et des radiologues du CHU, des créneaux ont été réservés pour permettre un rendez-vous pour une imagerie en ambulatoire plus précoce (l'express scan).

IV.3. Mise en place de réponses relationnelles

Notre étude a pu mettre en lumière la fréquence élevée de courriers de réclamation ayant pour motifs des difficultés relationnelles avec le personnel hospitalier ou un défaut d'information.

30 % des courriers pourraient être évités grâce à une explication plus poussée de la part du personnel médical ou paramédical. Notamment en explicitant les hypothèses diagnostiques, les examens complémentaires prévus et leurs résultats ou, au contraire, la non indication à réaliser en urgence les dits examens. Les explications sur les traitements administrés et les effets attendus sont souvent occultés par le praticien et souvent source de confusion pour le patient (28,46).

Les urgences sont un milieu propice au conflit puisque les patients sont dans un état de vulnérabilité, en détresse qu'elle soit physique ou psychologique et les praticiens souvent emportés dans un flux de tâches et de patients. Les réclamations concernant un motif relationnel peuvent être jusqu'à quatre fois plus importantes que les réclamations concernant une erreur médicale (31). S'en suivent de nombreuses situations conflictuelles résultant d'une incompréhension. Dans ces cas, celles-ci pourraient être désamorçées par le dialogue (47). Des ateliers de communication sont en projet pour former le personnel paramédical à reprendre plus simplement les points incompris par le patient. Pour les étudiants en médecine, la communication avec le patient est inscrite dans la formation notamment via l'émergence d'ateliers avec des acteurs pendant l'externat ou la simulation haute-fidélité pendant l'internat (10).

IV.4. Revues de Morbi-Mortalités

Bien que ces courriers ne soient pas majoritaires dans notre étude, certaines réclamations portent sur des prises en charge ayant eu un impact grave sur le patient. Que ce soit un retard de diagnostic par mauvaise compréhension du dossier avec examens complémentaires non réalisés, ou un manquement aux recommandations des sociétés savantes, ou un évènement indésirable grave lié à un geste thérapeutique sans faute médicale évidente, ces situations doivent être relevées et analysées. Elles doivent être débriefées par les équipes impliquées dans la prise en charge, non pas dans une optique de sanction mais plutôt afin de mettre en lumière les évènements à risque. Ces Revues de Morbi-Mortalités (RMM) peuvent permettre de mettre au point des protocoles de service pour éviter une récurrence de l'évènement (25,33,34,48).

Des Comités de Retour d'Expérience (CREX) ont été mis en place. Ceux-ci permettent l'identification des Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS), l'évaluation des dysfonctionnements dans la chaîne de la prise en charge et à terme définir un plan d'action pour améliorer la qualité de soins. Des staffs scientifiques au sein du service sont réalisés chaque semaine pour reprendre le déroulement de la prise en charge et les recommandations sur la prise en charge de la pathologie et apporter des mesures correctives ou développer des protocoles de services. L'analyse systématique de tous les courriers de réclamation peut ainsi détecter des situations à risque d'erreur et devenir un critère de qualité du service rendu au patient. En effet, la Commission Des Usagers qui centralise tous les courriers de réclamation est un lieu de rencontre et d'échanges entre les représentants des usagers, l'institution et les médecins médiateurs. Celle-ci peut alors établir des préconisations pouvant conduire à des réflexions institutionnelles intéressant notamment le fonctionnement du SAU.

IV.5. Avantages et limites

Notre étude s'inscrit dans une démarche de recherche d'amélioration de la qualité des soins administrés dans le Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nîmes en association avec les rapports annuels de la CDU. Contrairement à d'autres études, toutes les réclamations faites par téléphone ou en présentiel sont prises en compte par la DQGR. Notre étude comporte toutefois quelques limites dues au caractère monocentrique et rétrospectif du recueil de données. Lorsque les courriers de réclamations concernaient plusieurs services, ils ont aussi été transférés au service correspondant.

V. Conclusion

L'incidence des courriers de réclamations au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nîmes reste faible par rapport au niveau national. Les réclamations visent majoritairement une dysfonction dans la chaîne hospitalière, dans un but de questionnement plus que d'indemnisation ou de sanction. Les principales doléances du patient concernent la prise en charge médicale mais nous pouvons noter une proportion non négligeable de courriers concernant des aspects relationnels, notamment sur le défaut de qualité de l'information délivrée et comprise par le patient. Il est important de promouvoir et d'améliorer la communication entre les professionnels de santé et le patient. Les plaintes concernant les aspects organisationnels du SAU sont de plus en plus nombreuses, notamment sur le temps d'attente et le manque de place dans les services d'aval. L'analyse exhaustive des motifs de réclamations ainsi que l'évolution de l'incidence entrent dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Au-delà d'objectiver les facteurs à risque d'erreurs médicales ou de plaintes, ce recueil permet de proposer des mesures institutionnelles correctives.

BIBLIOGRAPHIE

1. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Plaintes et réclamations dans les établissements de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/plaintes-et-reclamations-dans-les-etablissements-de-sante>
2. Truskett P. Should we view patient complaints as a resource? ANZ J Surg. oct 2012;82(10):667.
3. Autopsie d'une plainte. Les leçons à en tirer. 2011;12.
4. Mirzoev T, Kane S. Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities - what can we learn from the existing literature? Glob Health Action. 2018;11(1):1458938.
5. Gallagher TH, Mazor KM. Taking complaints seriously: using the patient safety lens. BMJ Qual Saf. 1 juin 2015;24(6):352-5.
6. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 18 août 2011;365(7):629-36.
7. The doctors most likely to hear, « We'll see you in court » [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <http://www.advisory.com/daily-briefing/2017/11/17/medscape-malpractice>
8. Study Looks at Risk of Malpractice Lawsuit by Specialty [Internet]. TCTMD.com. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.tctmd.com/news/study-looks-risk-malpractice-lawsuit-specialty>
9. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. mai 2010;17(5):553-60.
10. Croskerry P, Sinclair D. Emergency medicine: A practice prone to error? CJEM. oct 2001;3(4):271-6.
11. Cohen D, Chan SB, Dorfman M. Malpractice claims on emergency physicians: time and money. J Emerg Med. janv 2012;42(1):22-7.
12. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med. déc 1996;28(6):657-65.
13. Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WTM, Brown BM, Kelk N, Paoloni R, et al. The impact of interruptions on clinical task completion. BMJ Qual Saf. 1 août 2010;19(4):284-9.

14. Chisholm CD, Dornfeld AM, Nelson DR, Cordell WH. Work interrupted: A comparison of workplace interruptions in emergency departments and primary care offices. *Ann Emerg Med.* 1 août 2001;38(2):146-51.
15. Feldman JA. Medical errors and emergency medicine: will the difficult questions be asked, and answered? *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* août 2003;10(8):910-1.
16. Freund Y, Goulet H, Leblanc J, Bokobza J, Ray P, Maignan M, et al. Effect of Systematic Physician Cross-checking on Reducing Adverse Events in the Emergency Department. *JAMA Intern Med.* juin 2018;178(6):812-9.
17. Chouhab Y, Lefebvre T, Forestier C, Parsis P, Martinez M. Analyse des courriers de plainte adressés au service d'urgence d'un centre hospitalier général. *Ann Fr Médecine D'urgence.* 1 nov 2019;9(6):362-8.
18. Raynaud-Lambinet A, Juchet H, Charpentier S, Studniarek E, Remy S, Lauque D. Analyse des lettres de plaintes adressées dans un service d'urgence de 2002 à 2007. *Ann Fr Médecine Urgence.* 1 mai 2011;1:170-4.
19. Aquilina V, Gricourt C, Kaliszczak I, Joly L-M, Leroy E. Plaintes et réclamations adressées au service d'accueil des urgences de Rouen : de janvier 2004 à mai 2008. Analyse et propositions de mesures correctives. *J Eur Urgences.* 1 juin 2009;22.
20. Urgences Direct Info [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.urgencesdirectinfo.com>
21. Masson E. Typologie des réclamations et des plaintes (R/P) dans les services d'urgence (SU) [Internet]. EM-Consulte. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/165020>
22. Kroening H, Kerr B, Bruce J, Yardley I. Patient complaints as predictors of patient safety incidents. *Patient Exp J.* 29 avr 2015;2:94-101.
23. Weltzer-Hordas S, Bellou A. Analyse descriptive des lettres de plainte adressées au Service d'accueil des urgences du CHU de Nancy entre 2001 et 2005. 2006 [cité 15 août 2020]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/display/40212043>
24. Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med Fremantle WA.* mars 2002;14(1):43-9.
25. Tchuyap Ngongo B, Carlier A, Mols P. Typologie des plaintes déposées dans un Service d'Urgences en Belgique. *Rev Med Liege.* avr 2011;66(4):199-204.
26. Kuosmanen L, Kaltiala-Heino R, Suominen S, Kärkkäinen J, Hätönen H, Ranta S, et al. Patient complaints in Finland 2000-2004: a retrospective register study. *J Med Ethics.* nov 2008;34(11):788-92.
27. Elshove-Bolk J, Simons M, Cremers J, Vugt A, Burg M. A description of emergency department-related malpractice claims in The Netherlands: closed claims study 1993-2001. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* 1 nov 2004;11:247-50.

28. Zengin S, Al B, Yavuz E, Kursunköseler G, Guzel R, Sabak M, et al. Analysis of complaints lodged by patients attending a university hospital: A 4-year analysis. *J Forensic Leg Med.* 1 févr 2014;22:121-4.
29. Taylor DM, Wolfe RS, Cameron PA. Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian hospitals, 1997-2001. *Med J Aust.* 5 juill 2004;181(1):31-5.
30. Montini T, Noble AA, Stelfox HT. Content analysis of patient complaints. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* déc 2008;20(6):412-20.
31. Schaad B, Bourquin C, Bornet F, Currat T, Saraga M, Panese F, et al. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient Educ Couns.* juin 2015;98(6):771-6.
32. Harrison R, Walton M, Healy J, Smith-Merry J, Hobbs C. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* avr 2016;28(2):240-5.
33. Wofford M, Wofford J, Bothra J, Kendrick S, Smith A, Lichstein P. Patient Complaints about Physician Behaviors: A Qualitative Study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1 mars 2004;79:134-8.
34. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Qual Saf.* août 2014;23(8):678-89.
35. (PDF) Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/5870235_Patients%27_complaints_in_a_hospital_emergency_department_in_Singapore
36. Jacquier D. QUI SE PLAINT AUX URGENCES ET POURQUOI. :66.
37. Bongale S, Young I. Why people complain after attending emergency departments. *Emerg Nurse J RCN Accid Emerg Nurs Assoc.* 1 oct 2013;21:26-30.
38. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Médecine D'urgence.* 1 juill 2019;9(4):229-34.
39. Claret P-G, Boudemaghe T, Bobbia X, Stowell A, Miard É, Sebbane M, et al. Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2016;40(4):466-72.
40. Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* sept 2008;15(9):825-31.
41. Claret P-G, Bobbia X, Olive S, Demattei C, Yan J, Cohendy R, et al. The impact of emergency department segmentation and nursing staffing increase on inpatient mortality and management times. *BMC Health Serv Res.* 19 juill 2016;16(1):279.

42. Guedes HM, Souza KM, Lima P de O, Martins JCA, Chianca TCM. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome 1. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(4):587-94.
43. Abolfotouh MA, Al-Assiri MH, Alshahrani RT, Almutairi ZM, Hijazi RA, Alaskar AS. Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emerg Med J*. 1 janv 2017;34(1):27-33.
44. Waxman DA, Greenberg MD, Ridgely MS, Kellermann AL, Heaton P. The Effect of Malpractice Reform on Emergency Department Care. *N Engl J Med*. 16 oct 2014;371(16):1518-25.
45. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, Yoon C, Thomas EJ, Griffey R, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Ann Emerg Med*. févr 2007;49(2):196-205.
46. Abidova A, da Silva PA, Moreira S. Predictors of Patient Satisfaction and the Perceived Quality of Healthcare in an Emergency Department in Portugal. *West J Emerg Med*. 27 janv 2020;21(2):391-403.
47. Önal G, Civaner MM. For what reasons do patients file a complaint? A retrospective study on patient rights units' registries. *Balk Med J*. janv 2015;32(1):17-22.
48. Gurley KL, Wolfe RE, Burstein JL, Edlow JA, Hill JF, Grossman SA. Use of Physician Concerns and Patient Complaints as Quality Assurance Markers in Emergency Medicine. *West J Emerg Med*. nov 2016;17(6):749-55.

ANNEXES

Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux* circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

- 

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 

Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 

Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe 2 : Circuit d'un patient et d'une réclamation au SAU du CHU de Nîmes

1. Accueil des urgences

Les patients sont accueillis aux urgences par des secrétaires médicales qui créent leur Dossier Patient Informatisé (DPI) sur le logiciel Clinicom®.

Le patient est ensuite évalué par une Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) qui réalise une consultation concernant le motif d'admission aux urgences, les principaux antécédents du patient et une prise des constantes vitales systématiques (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, température, échelle numérique d'évaluation de la douleur, glycémie capillaire). Cette consultation permet un premier triage sur la gravité du patient selon l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité, ETG, présentée en Annexe 4.

L'infirmière oriente alors le patient vers la zone des urgences la plus adaptée. Les urgences en journée sont donc divisées en quatre zones gérées par cinq médecins seniors, quatre internes et trois externes :

- le circuit court pour les patients ambulatoires est géré par un médecin urgentiste, qui est disponible pour aider l'IOA en cas de doute sur le triage ;
- la traumatologie est cogérée par un médecin urgentiste, avec un interne et un externe sous sa responsabilité et un interne de chirurgie orthopédique ;
- la filière médicochirurgicale est gérée par deux médecins urgentistes, avec deux internes et deux externes sous leur responsabilité ;
- le déchocage est géré par un médecin urgentiste et un interne.

Les équipes paramédicales sont composées d'un infirmier et d'un aide-soignant par secteur, avec un infirmier supplémentaire en renfort pour le déchocage de 11h à 21h.

Pour répondre à un flux souvent majoré sur l'heure de la relève de la garde, une ligne supplémentaire de médecin urgentiste a été créée de 16h à minuit afin de soulager les équipes de jour comme de nuit.

Pendant la garde de nuit (18h30-8h30), les patients ambulatoires sont orientés dans la filière médicochirurgicale et il n'y a plus de médecin de circuit court. Le médecin de traumatologie devient donc le médecin disponible pour trier à l'accueil si besoin. Ce médecin est aussi responsable d'une ligne de SMUR, il peut donc être amené à sortir dans la nuit ; ce sont alors les médecins de la filière médico-chirurgicale qui seniorisent l'interne et l'externe de traumatologie.

Les urgences de Nîmes n'ont pas d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) mais il existe une zone dans les urgences pour les patients ayant une indication à une hospitalisation qui sont en attente d'une place dans un service. Cette Zone d'Attente d'Hospitalisation (ZAH) est composée de trois box avec surveillance scopée et un dortoir pouvant accueillir 11 lits en théorie, souvent plus. Elle est gérée la journée par un médecin urgentiste dédié, qui peut être aidé par un médecin urgentiste en poste sur une ligne de SMUR si le nombre de patients dans cette zone dépasse 15. La nuit, la ZAH est gérée par les médecins du secteur médicochirurgical et un infirmier et un aide-soignant dédiés sur la nuit.

Au sein du pôle des urgences, il existe une Unité MédicoChirurgicale d'Hospitalisation (UMCH) de 14 lits, gérée par un médecin urgentiste et deux internes, qui accueille les patients ayant besoin d'une surveillance continue scopée ou non, ou de thérapeutiques non invasives comme l'Optiflow ou la Ventilation Non Invasive (chez des patients ne nécessitant pas d'un service de réanimation). La nuit, le médecin du déchocage est responsable des patients de ce service.

2. Circuit d'une plainte au SAU

Suite à une consultation au Service d'Accueil des Urgences, tout patient a le droit d'exprimer une plainte ou une réclamation que ce soit sur un sujet médical, soignant, organisationnel, administratif ou hôtelier.

Au CHU de Nîmes, ces courriers peuvent être adressés de façon manuscrite ou informatique à la Direction de l'Hôpital, au chef de service des urgences, au praticien concerné ou directement à la Direction Qualité de Gestion des Risques (DQGR). Le patient voulant déposer une réclamation par téléphone est invité à l'adresser par courrier ou en personne avec retranscription par courrier à la DQGR le cas échéant. Chaque courrier est transmis à la DQGR, qui en assure le traitement et le suivi en liaison avec la Commission Des Usagers (CDU). La DQGR a alors huit jours pour accuser réception de la réclamation du patient par un courrier d'attente, et lui transmettre un formulaire afin de donner l'autorisation au médecin en charge de la réponse aux réclamations d'accéder au dossier médical. Ce médecin est responsable de l'analyse du dossier médical informatisé avec les résultats des examens complémentaires (imagerie et biologie), ainsi que les éventuelles consultations ou hospitalisations dans les autres structures. L'analyse est faite en collaboration avec le praticien responsable de la prise en charge. Lorsque les courriers de réclamations concernaient plusieurs services, ils étaient transférés aux services en question et la DQGR centralisait les réponses.

3. Moyens de réponses disponibles

La réponse au plaignant est adressée par la DQGR lors d'un courrier de clôture dans lequel est systématiquement proposé un entretien avec le praticien responsable de la prise en charge, le responsable du service et le médecin responsable des réclamations, ou le cas échéant une médiation. Le patient peut alors contester la réponse et demander une réparation financière du préjudice par voie amiable à la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation) ou par un dépôt de plainte. Tous les dossiers sont transmis à la direction de l'hôpital et présentés en Commission des Usagers (CDU) de façon anonyme. La CDU est composée de personnels médicaux et paramédicaux et de représentants de la direction et des usagers.

Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour le recueil de données

1. Age du patient

2. Impact patient *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucun
- Décès
- Evènements indésirables graves
- Retard de diagnostic ou perte de chance

3. Origine de la plainte *

Plusieurs réponses possibles.

- Patient lui même
- Famille

Autre : _____

4. Motif de la plainte *

Plusieurs réponses possibles.

- Temps d'attente
- Défaut information
- Relationnel
- Manquement aux protocoles (aseptie, douleur...)
- Erreur diagnostique
- Prescription des traitements
- Examens complémentaires manquants
- Complications ultérieures
- Contestation orientation
- Manque de place dans un service d'aval
- Confort et besoins élémentaires
- Administratif (Arrêt de travail, bon de transport...)
- Locaux

Autre : _____

5. Délai entre l'événement et la réclamation (en jours)

6. Objectif de la plainte *

Plusieurs réponses possibles.

Questionnement

Indemnisation

Administratif

Ordinale (CNOM)

Autre : _____

7. Réponse du CHU à la plainte *

Plusieurs réponses possibles.

Réponse par courrier

Médiation

Commission conciliation indemnisation

Judiciaire

8. Motif de consultation au SAU

9. Motif de consultation au SAU *Une seule réponse possible.*

Médical

Chirurgical

Psychiatrique

Traumatologie

10. Voix d'entrée

Plusieurs réponses possibles.

Seul

Envoyé par médecin traitant

Transport sanitaire (ambulance, pompiers)

SMUR

Appel Centre 15

Non connu

Autre : _____

11. Evaluation médicale antérieure

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Médecin traitant
- SOS médecins
- SMUR
- Autres Services Accueil des Urgences
- SAU de Nîmes pour le même motif

Autre : _____

12. Jour de la prise en charge * *Une seule réponse possible.*

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi
- Dimanche

13. Mois de la prise en charge * *Une seule réponse possible.*

- Janvier
- Février
- Mars
- Avril
- Mai
- Juin
- Juillet
- Aout
- Septembre
- Octobre
- Novembre
- Décembre

14. Année de la prise en charge * *Une seule réponse possible.*

2015

2016

2017

2018

2019

15. Heure de la prise en charge

Plusieurs réponses possibles.

8h30 - 18h30

18h30 - 00h30

00h30 - 08h30

16. Zone de prise en charge

Plusieurs réponses possibles.

Medico chir

Traumato

Déchocage

17. Triage du patient

Une seule réponse possible.

1. Urgences vitales

2. < 20 min

3. < 60 min

4. < 120m

5. < 180m

18. Acteur principal de la prise en charge

Plusieurs réponses possibles.

Junior

Sénior

19. Recours à avis spécialisé

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

20. Flux de la journée

21. Délai de premier contact médical (en heure)

22. Durée du séjour aux Urgences (en heure)

23. Orientation *

Plusieurs réponses possibles.

Hospitalisation service de médecine

Hospitalisation service de chirurgie

Bloc en urgence

Hospitalisation en réanimation

Hospitalisation en Soins Intensifs

Retour à domicile

Décès

Sortie contre avis médical

Autre : _____

24. Si hospitalisation en ZAH : durée de séjour (en heure)

25. Nombre de patient en ZAH ce jour

26. Consultation dans un autre établissement de santé pour les mêmes symptômes *

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

27. Si oui, modification de la prise en charge ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

Annexe 4 : Echelle canadienne de Triage et de Gravité, ETG



The Canadian Association of Emergency Physicians
L'Association canadienne des médecins d'urgence



National Emergency Nurses Affiliation Inc.
L'affiliation nationale des infirmiers/infirmières
d'urgence incorporée



L'Association des Médecins
d'urgence du Québec

The Canadian E.D. Triage and Acuity Scale

Patients should have an
INITIAL TRIAGE ASSESSMENT WITHIN 10 MINUTES*
of arrival

TRIASGE LEVEL I - RESUSCITATION	USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment IMMEDIATE* Time to PHYSICIAN Assessment IMMEDIATE*	Code / Arrest Major Trauma Shock States Near Death Asthma Severe Respiratory Distress Altered Mental State (unconscious, delirious) Seizures	Traumatic Shock Pneumothorax - Traumatic / Tension Facial Burns with Airway Compromise Severe Burns > 30% TBS Overdose with Hypotension / Unconscious AAA AMI with Complications / CHF / Low BP Status Asthmaticus Head Injury - Major / Unconscious Status Epilepticus
TRIASGE LEVEL II - EMERGENT	USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment IMMEDIATE* Time to PHYSICIAN Assessment 15 MINUTES*	Head Injury (Risk Features ± Altered Mental State) Severe Trauma Altered Mental State (lethargic, drowsy, agitated) Chemical Exposure - Eyes Allergic Reaction (Severe) Chest Pain ± Visceral, Non-Traumatic * ± Associated Symptoms Overdose (conscious), Drug Withdrawal ABD Pain (Age >50) with Visceral Symptoms Back Pain (Non Trauma, Not MSK) GI Bleed with Abnormal Vital Signs CVA with Major Deficit Asthma Severe (PEFR <40%) Moderate / Severe Dyspnea / Difficulty Breathing Vaginal Bleeding ± Acute, Pain scale >5 * ± Abnormal Vital Signs Vomiting and/or diarrhea (with suspicion of dehydration) Signs of serious infection (purpuric rash, toxic) Chemotherapy or immunocompromised Fever (age ≤ 3 months) Temp ≥ 38.0 (rectal) Acute Psychotic Episode / Extreme Agitation Diabetes: Hypoglycemia, Hyperglycemia Headache (Pain Scale 8 - 10/10) Pain Scale 8-10 (CVA, Back, Eye) Sexual Assault Neonate (< 7 days old)	Head Injury Trauma, Multiple Sites, Multiple Rib Fracture, Neck Injury / Spinal Cord Alkaline / Caustic Ocular Burns Anaphylaxis AMI, Unstable Angina, CHF, Chest Pain NOS, Gastroesophageal Reflux Unspecified Drug / Medicinal Overdose, "d.t.'s" AAA, Appendicitis, Cholecystitis Gastrointestinal Bleed, Hypotension CVA Severe Asthma COPD, Croup Spontaneous Abortion Ectopic Pregnancy / Rupture Epiglottitis, Meningitis, Sepsis Acute Psychotic Episode / Agitation Hypoglycemia, Diabetic Ketoacidosis, Hyperglycemia Migraine Renal Colic, LBP / Strain (Disc), Keratitis, Iritis
TRIASGE LEVEL III - URGENT	USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment 30 MINUTES* Time to PHYSICIAN Assessment 30 MINUTES*	Head Injury, Alert, Vomiting Moderate Trauma Abuse / Neglect / Assault Vomiting and/or diarrhea (≤ 2 years) Dialysis problems Signs of Infection Mild / Moderate Asthma (PEFR > 40%) Mild / Moderate Dyspnea Chest Pain ± No Visceral Symptoms (Sharp/MSK) * No Previous Heart Disease GI Bleed with Normal Vital Signs Vaginal Bleeding Acute, Normal Vital Signs Seizure, Alert on Arrival Acute Psychosis ± Suicidal Ideation Pain Scale 8 - 10 / 10 with minor injuries Pain Scale 4 - 7 / 10 (Headache, CVA, Back)	Head Injury Anterior Dislocated Shoulder, Tibia / Fibula Fracture, Bimalleolar, Trimalleolar Ankle Fracture Pyelonephritis Asthma without Status / COPD Bronchiolitis / Croup, Pneumonia Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp) GI Bleed, No complications Spontaneous Abortion Seizure Acute Psychosis ± Suicidal Ideation Migraine, Renal Colic, LBP / Strain (Disc)
TRIASGE LEVEL IV - LESS URGENT	USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment 60 MINUTES* Time to PHYSICIAN Assessment 60 MINUTES*	Head Injury, Alert, No Vomiting Minor Trauma ABD Pain (Acute) Earache Chest Pain, Minor Trauma or MSK, No Distress Vomiting and diarrhea (>2 years/no dehydration) Suicidal Ideation / Depression Allergic Reaction (Mild) Corneal Foreign Body Back Pain (Chronic) URI Symptoms Pain Scale 4 - 7 Headache (Non Migraine / Not Sudden)	Head Injury, Alert, No Vomiting Colles Fracture, Ankle Sprain Appendicitis, Cholecystitis Otitis Media / Otitis Externa Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp), Gastroesophageal Reflux Suicidal Ideation / Depression Urticaria Corneal Foreign Body LBP / Strain URI
TRIASGE LEVEL V - NON URGENT	USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment 120 MINUTES* Time to PHYSICIAN Assessment 120 MINUTES*	Minor Trauma, Not Necessarily Acute Sore Throat, No Resp Symptoms Diarrhea alone (no dehydration) Vomiting alone normal mental status (no dehydration) Menses Minor Symptoms ABD Pain (Chronic) Psychiatric complaints Pain Scale < 4	LBP / Strain URI Gastroenteritis Vomiting Disorders of Menstruation Dressing Changes Cast Changes Constipation Symptoms / Neurotic, Personality and Nonpsychotic Mental Disorders Unspecified Superficial Laceration(s)

* TIMES TO ASSESSMENT are operating objectives, not established standards of care. Facilities without onsite physician coverage may meet assessment objectives using delegated protocols and remote communication.

Annexe 5 : Droit des Usagers et démarche de réclamation

L'article L.1114-4 du code de la santé publique permet au patient et usagers au sens large du système de santé un droit de contestation concernant sa prise en charge.

Ce droit est affirmé avec la création des Commissions de Conciliation et d'Indemnisations (CRCI) par les articles L.1142-5 et R.1142-19 du même code et en 2014 par la création de la Commission Des Usagers (CDU).

Ces commissions sont chargées de « faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales », ainsi que les « litiges entre le malade ou l'utilisateur du système de santé et l'établissement de santé, né à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ».

Dans cette optique, selon l'article R. 1112-80 du CSP, un rapport annuel doit être présenté par la CDU à propos de la politique menée par l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

La démarche de réclamation peut être entreprise par le patient dans différents buts :

- un questionnement résolu soit uniquement par une réponse par courrier soit via une médiation ;
- un contentieux pour une indemnisation ou une sanction.

Pour l'indemnisation, il existe plusieurs possibilités.

La demande de règlement amiable est faite à la CDU et est délivrée par l'assureur de l'établissement de soins.

Il est également possible de saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CRCI). Cette dernière peut demander, sous condition d'atteinte des seuils de gravité, une expertise contradictoire et gratuite pour le demandeur afin d'établir le lien de causalité entre les actes de soins et les séquelles présentées. Si l'indemnisation est validée par la commission, elle revient soit à l'assureur du professionnel de santé en cause soit à l'Office National d'indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) en cas d'aléa thérapeutique.

Toujours à but indemnitaire, la responsabilité du praticien peut être recherchée soit devant les juridictions civiles de l'ordre judiciaire pour les médecins et soignants libéraux et des établissements de santé privés, soit devant les juridictions administratives pour les

établissements publics de santé dont le médecin dépend et où le patient est considéré comme un usager du service public.

Une sanction peut être un motif de réclamations ou de plaintes, la responsabilité du praticien est alors recherchée soit sur le plan pénal devant les juridictions répressives de l'ordre judiciaire, soit sur le plan déontologique devant les conseils ordinaires.



SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Objectifs : Le recueil de l'ensemble des réclamations s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Les Services d'Accueil des Urgences sont parmi ceux les plus à risque de plaintes. L'objectif principal de notre étude est l'évaluation des facteurs favorisant la réception d'un courrier de réclamation. Parmi les objectifs secondaires figurent l'identification des motifs de consultation les plus à risque et la recherche de mesures correctives.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective monocentrique portant sur les courriers de réclamations des patients pris en charge par le SAU de Nîmes entre 2015 et 2019. L'analyse a porté sur les caractéristiques des courriers de plaintes, le recueil des doléances et les motifs de consultation à risque.

Résultats principaux : 156 courriers ont été analysés, l'incidence globale était de 3.6 courriers pour 10 000 passages. 43.8% des courriers concernaient une prise en charge ayant eu des répercussions négatives sur le patient. Les complications liées à la non réalisation d'examen complémentaire, le manque d'information, un temps d'attente jugé excessif représentent les motifs principaux des réclamations.

Conclusion : L'analyse exhaustive des motifs de réclamations ainsi que l'évolution de leur incidence permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient. Au-delà d'objectiver les facteurs de risque de survenue d'une plainte, ce recueil permet de proposer des mesures institutionnelles correctives.

ABSTRACT

Objectives: An exhaustive collection of complaint letters is part of a process to improve the quality of care. Emergency departments are among the most at risk regarding complaints. The primary outcome was to assess the main factors foresting the receipt of a complaint mail. Secondary outcomes included the identification of the riskiest grounds for consultation and seeking corrective action.

Material and methods: A monocentric retrospective study about complaint letters from patients treated by the Emergency Department in Nîmes between 2015 and 2019. The analysis focused on the characteristics of complaint letters, the collection of complaints and the reasons for consultation at risk.

Main results: 156 letters were analyzed; the overall incidence was 3.6 letters per 10,000 passages. 43.8% of the claims concerned treatment that had a negative impact on the patient. The main reasons for the complaints were the lack of further examinations and subsequent complications ; lack of information and waiting time.

Conclusion: As part of the management of complaints, the evolution of the incidence and the analysis of complaints must be monitored in order to improve the quality of care and propose corrective measures if indicated.

MOTS CLEFS / KEYWORDS

Plaintes, réclamations, urgences, qualité. Complaints, emergency, quality.