



HAL
open science

Analyse descriptive des lettres de plainte adressées au Service d'accueil des urgences du CHU de Nancy entre 2001 et 2005

Séverine Weltzer-Hordas

► **To cite this version:**

Séverine Weltzer-Hordas. Analyse descriptive des lettres de plainte adressées au Service d'accueil des urgences du CHU de Nancy entre 2001 et 2005. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01732192

HAL Id: hal-01732192

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732192>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Séverine WELTZER-HORDAS

Le 2 octobre 2006

**Analyse descriptive des lettres de plaintes adressées au
Service d'Accueil des Urgences du CHU de NANCY
entre 2001 et 2005**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur A. BELLOU
Monsieur le Professeur P.MATHIEU
Monsieur le Professeur S.BRIANÇON
Monsieur le Professeur PE .BOLLAERT
Madame le Docteur C. FRISCH

Président
Juge
Juge
Juge
Juge



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. BELLOU

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

Pour l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Votre très grande disponibilité, vos conseils, et votre compréhension nous ont guidé jusqu'à son aboutissement.

Que ce travail soit l'expression de notre admiration et de notre gratitude.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le professeur MATHIEU

Professeur émérite de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

C'est un honneur de vous compter parmi nos juges.

Nous vous prions de trouver ici l'expression la plus sincère de
notre admiration et de nos remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le professeur BRIANÇON

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention.

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Soyez très chaleureusement remerciés de votre sollicitude à notre égard.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur PE. BOLLAERT

Professeur de Réanimation Médicale

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur C. FRISCH

Vous avez accepté avec amabilité de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et le témoignage de notre reconnaissance.

**A TOUS CEUX QUI M'ONT APORTE LEUR AIDE POUR LA REALISATION DE
CE TRAVAIL**

Notamment le personnel du service d'accueil des urgences de Nancy
Et plus particulièrement Evelyne

A Philippe,

Pour ton dévouement, ton amour et tout ce que nous partageons chaque jour.

A ma Mère,

Pour l'amour et le soutien que tu m'apportes depuis toujours et qui a pu faire naître entre nous une vraie complicité.

A mon grand-père,

Tu as toujours été présent à mes côtés et j'espère que tu aurais été fier de moi.

A ma grand-mère,

Tu es toujours prête à rendre service.

A ma famille,

A mes amis.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

1	ABREVIATIONS.....	17
2	INTRODUCTION.....	20
3	INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE	23
3.1	LES TECHNIQUES D'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AUX URGENCES	23
3.2	LES ELEMENTS DETERMINANTS LE DEGRE DE SATISFACTION	25
3.3	LES CRITERES DE SATISFACTION DES SUJETS AGES	27
3.4	IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION DANS LA SATISFACTION DES PATIENTS	28
3.5	LES ELEMENTS SANS INFLUENCE SUR LE DEGRE DE SATISFACTION	29
3.6	NOTION DE RESPONSABILITE ET ASPECTS JURIDIQUES	29
3.7	L'ORGANISATION DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES	44
4	OBJECTIFS.....	54
5	METHODOLOGIE	56
6	RESULTATS	63
6.1	EVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES	63
6.2	TYPE DE PLAINTES	64
6.3	PROFIL DU PATIENT A L'ORIGINE DE LA PLAINTE.....	68
6.4	MODE DE VENUE	69
6.5	CIRCONSTANCES LORS DU PASSAGE AU SAU	72
6.6	SECTEUR.....	78
6.7	AVIS SPECIALISES	83
6.8	INTERVENTION DES MEDECINS SENIORS.....	90
6.9	ORIENTATION DU PATIENT.....	99
6.10	CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES	102
6.11	MOTIF DE VENUE	103
6.12	DIAGNOSTIC	105
6.13	PLAIGNANT	106
6.14	DELAI MOYEN ENTRE LA DATE DE LA PLAINTE ET LA DATE DE CONSULTATION	109
6.15	DUREE DE PRISE EN CHARGE.....	109
6.16	CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES	110
7	DISCUSSION	112
7.1	METHODOLOGIE	112
7.2	ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES EN FONCTION DES ANNEES.....	113
7.3	PROFIL DE LA POPULATION A L'ORIGINE D'UNE PLAINTE.....	114
7.4	MODE DE VENUE DES PATIENTS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES	115
7.5	CIRCONSTANCES DE PASSAGE AU SAU	115
7.6	SECTEURS.....	117
7.7	AVIS SPECIALISE.....	118
7.8	INTERVENTION DES SENIORS.....	119
7.9	ORIENTATION	120
7.10	CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES	121
7.11	MOTIFS DE PLAINTE.....	122
7.12	TRAITEMENT DE LA PLAINTE	131
8	CONCLUSION.....	135
9	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	138

1 Abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général

AVP : Accident de la Voie Publique

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel, jugés stables et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un Service d'urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien sans perte de connaissance ni déficit neurologique).

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences (exemple : pneumonie non compliquée).

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital (exemple : douleur angineuse avec modifications de l'électrocardiogramme).

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate (exemple : œdème aigu du poumon avec défaillance respiratoire).

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation (exemple : arrêt cardio-respiratoire).

CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CRU :	Commissions des Relations avec les Usagers
DES :	Diplôme d'Etude Spécialisée
IOA :	Infirmier Organisateur de l'accueil
NR :	Non renseigné
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
POSU :	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SU :	Service d'Urgences
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VSAB :	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

Introduction

2 Introduction

Depuis leur création dans les années 60, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître.

Les services d'urgence possèdent deux missions principales. La première est une mission de diagnostic et de traitement rapide de pathologies non programmées pouvant ou non entraîner un pronostic vital. La qualité des soins est alors un objectif prioritaire. Il existe également une mission d'accueil assortie d'une obligation de prise en considération de pathologies non urgentes, de problèmes psychologiques ou sociaux, et d'information aux familles. Urgences et accueil sont devenus indissociables et forment la vitrine sur laquelle repose bien souvent la réputation d'un centre hospitalier.

Pour assurer au mieux ces deux missions et entrer dans une logique d'amélioration permanente, il est nécessaire d'être à l'écoute des usagers. L'évaluation du service des urgences et la mise en évidence des dysfonctionnements sont cependant complexes. Le vécu des soins diffère selon la position de soigné ou de soignant. En ce domaine, les plaintes des patients constituent une source d'information non négligeable. Leur étude permet de les aborder positivement pour plusieurs raisons : elles procurent d'une part une opportunité de vue externe de l'activité des agents et de leur service, et identifient d'autre part les besoins et les attentes des usagers. Les plaintes individuelles peuvent ainsi contribuer à l'établissement de corrections et, si elles sont convenablement enregistrées, analysées et classées, à mettre en évidence des champs d'action.

D'une manière surprenante, les études portant sur les plaintes sont peu nombreuses, généralement locales et ne s'intéressent qu'aux motifs de celles-ci. Il a donc paru intéressant de collecter les plaintes exprimées par écrit et d'étudier les éléments qui les caractérisent. Par

ce travail, nous avons voulu analyser, à travers le vécu des usagers, la perception de la qualité de la prise en charge. Cet exercice permet de dégager des objectifs de travail à plus ou moins long terme dans le cadre de la politique d'amélioration de la satisfaction globale.

Nous présenterons tout d'abord les aspects bibliographiques concernant l'intérêt de l'analyse des plaintes et les outils d'évaluation de la satisfaction des usagers. Ensuite nous rappellerons l'organisation des urgences du CHU de Nancy afin de mieux comprendre l'analyse des lettres de plaintes. Enfin, les résultats de l'étude seront présentés. Dans un dernier chapitre nous tenterons d'interpréter ces résultats et de proposer des éléments de réflexion.

Introduction bibliographique

3 Introduction bibliographique

3.1 Les techniques d'évaluation de la qualité des soins aux urgences

Les établissements hospitaliers doivent, de manière légale, intégrer une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers. Le patient est mis au cœur du dispositif hospitalier. En France, l'information du patient et la prise en considération de ses besoins sont une des priorités du ministère de la santé. Cette démarche s'inscrit dans le cadre réglementaire de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui introduit dans l'article L. 710-1-1 l'obligation d'évaluer la satisfaction des patients.

La satisfaction du patient est basée sur une perception personnelle des soins et non sur la qualité réelle de la prestation. Enfin, le degré de satisfaction est lié aux attentes du patient. En effet, si un patient n'a pas la compétence pour juger une thérapeutique, il peut néanmoins apprécier la manière dont il a été traité (respect), si des explications sur les causes et les raisons de ses soins lui ont été données (information), si l'on s'est soucié de son bien-être physique et moral (attention et bienveillance), s'il a pu prendre part aux décisions thérapeutiques prises (préférence des patients) et s'il a correctement reçu les informations nécessaires à la reprise d'une vie normale à la sortie (continuité des soins) [1].

L'évaluation de la satisfaction des patients à l'hôpital public dans le cadre d'une démarche pour l'amélioration de la qualité des soins [2] est confrontée au problème du recueil des données.

Parmi les différents moyens de mesure de la satisfaction des patients, nous trouvons [1] :

- des enquêtes par entretien qui n'existent pas dans la littérature médicale. Elles sont

mal connues et discutées sur le plan scientifique [1]

- des questionnaires de satisfaction qui restent la méthode la plus utilisée. Les limites sont connues : méthodes lourdes, coûteuses, des biais peuvent exister en raison d'une mauvaise conception ou par l'exclusion de certains groupes de patients. Ces réponses sont souvent fondées sur une conception personnelle et espérée des soins. En outre, ils sont difficilement disponibles et demandent un investissement financier non négligeable [2]
- l'analyse des lettres de remerciements constitue l'une des autres méthodes possibles. Mais cette population de patients satisfaits concède un défaut majeur : une fréquente méconnaissance du degré de qualité et des prestations optimales [1]
- l'analyse des lettres de plaintes. L'article 10 de la charte du patient hospitalisé de 1995 met à la disposition de ce dernier la possibilité de remplir un questionnaire de sortie intégré au livret d'accueil ou d'adresser une lettre de plaintes permettant de manifester son mécontentement. Cette technique est peu coûteuse et l'analyse des données est simple. Elle respecte la discrétion des patients. Ses limites sont le nombre peu élevé des plaintes, un manque de spécificité clinique (véracité et validité inconnues) [3]. Elles ne constituent qu'une fraction minime de l'insatisfaction [1].

Ainsi, l'analyse des lettres de plaintes s'inscrit parmi les indicateurs de référence de la qualité des soins, bien que leur analyse concède une part de subjectivité [4, 5].

3.2 Les éléments déterminants le degré de satisfaction

L'étude bibliographique nous a permis de retrouver les principaux facteurs d'insatisfaction des usagers des services des urgences. Ces facteurs sont :

- **La signalisation**

La difficulté à trouver l'hôpital, liée à une mauvaise signalisation et/ou la difficulté à se repérer à l'intérieur de l'hôpital est un problème évoqué dans certaines études [6].

- **L'accueil**

La littérature rapporte qu'aux urgences, les conditions d'accueil peuvent parfois mécontenter les sujets. On a retrouvé des plaintes portant sur les conditions d'attente : inconfort des salles d'attente, durée de l'attente et mauvaise tolérance de cette attente liée à un manque d'information [6]

- **La communication avec le malade**

Le manque de communication du personnel soignant est un leitmotiv qui revient souvent dans les plaintes des patients [7, 8, 9]. Cette absence de communication contribue à renforcer l'angoisse et le mécontentement du patient [24]. Le degré de satisfaction augmente lorsque le patient a été informé au cours de son passage et qu'il n'a à aucun moment eu l'impression d'avoir été oublié.

- **La difficulté d'identifier le personnel**

Le personnel oublie parfois de se présenter au patient lors de son intervention et le badge est

très insuffisant pour une identification correcte du personnel. Lorsque le patient a pu identifier l'infirmière durant sa prise en charge son degré de satisfaction augmente [10].

- **L'aspect administratif et social**

Les démarches administratives sont généralement jugées trop lourdes et fastidieuses et la distribution d'un livret d'accueil ne permet pas forcément de pallier à l'insuffisance d'information [7, 11, 12].

- **L'architecture, la propreté et le confort des lieux**

Ces points sont souvent critiqués par les patients [6]. De nombreuses études montrent que lorsque le service est confortable et que l'ambiance y est bonne, la satisfaction du patient augmente [10].

- **Le temps de séjour**

L'adéquation entre le temps jugé nécessaire par le patient pour traiter sa pathologie et le temps réel des soins est déterminant. Un patient est d'autant plus satisfait que les délais d'attente à l'accueil avant de voir un médecin, ainsi que ceux liés aux examens complémentaires, sont perçus comme courts. Il en est de même pour le temps global de passage [10].

- **Le soulagement ou non de la symptomatologie**

Un patient s'adressant à un service d'urgence s'attend à être soulagé de sa symptomatologie. Une non-réponse à cette demande est source d'insatisfaction [12].

- **Le « charisme » du personnel**

Le degré de satisfaction augmente lorsque le personnel médical et paramédical est jugé consciencieux et disponible [10].

- **La taille du service**

Les patients sont plus satisfaits dans les services recevant moins de 20 000 patients par an (la moitié des services), sachant que les effectifs des équipes soignantes sont généralement équivalents quel que soit le type de service [10].

3.3 Les critères de satisfaction des sujets âgés

Les éléments déterminants la satisfaction peuvent également varier en fonction des catégories d'usagers. Ainsi, les critères de satisfaction des patients âgés fréquentant le service des urgences sont [16] :

- la perception du temps passé aux urgences qui ne doit pas paraître trop long.
- la clarté des réponses apportées par les médecins et les soignants aux questions du patient,
- le rapport de confiance entre le patient et le personnel des urgences,
- la qualité des explications concernant les examens réalisés
- le fait de permettre aux patients de se sentir impliqués dans les décisions au sujet des soins

- la prise en charge de la douleur
- l'impression d'être en meilleure santé à l'issue des soins
- le fait d'avoir peu d'états co-morbides pendant la visite aux urgences.

On peut donc en déduire que pour augmenter la qualité des soins pour les patients âgés aux urgences, les médecins doivent veiller à répondre à leurs questions, à reconnaître et traiter de façon agressive leur douleur, et à limiter la perception du temps d'attente.

3.4 Importance de la communication dans la satisfaction des patients

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la communication est un élément majeur dans la satisfaction des patients. De nombreuses études montrent d'ailleurs une diminution du nombre de plaintes et une nette augmentation des compliments des patients ainsi qu'une amélioration de leur estime sur les compétences des médecins et des infirmières après la mise en place d'une formation des médecins et des infirmières sur le service à la clientèle [13] ou à la suite d'ateliers de qualification en communication des médecins du service des urgences des hôpitaux de Hong-Kong [17].

C'est ainsi également que l'on peut expliquer que la barrière de la langue est un élément influant sur le degré de satisfaction des usagers des urgences. Ainsi, un article publié en 1999 sur une enquête réalisée aux urgences de cinq hôpitaux urbains du nord-est des États-Unis montre que les patients non anglophones sont moins bien satisfaits des soins qu'ils ont obtenus aux SU (services d'urgences), et moins volontaires pour retourner dans les mêmes SU. Les stratégies pour augmenter la satisfaction des patients doivent donc inclure l'usage approprié d'interprètes [18].

3.5 Les éléments sans influence sur le degré de satisfaction

L'étude bibliographique réalisée indique que certains éléments n'ont pas d'influence sur le degré de satisfaction des patients. Ainsi, bien que la discordance entre la gravité ressentie par le patient et celle ressentie par les soignants soit à l'origine d'incompréhension, elle ne se traduit pas par une source d'insatisfaction [13, 14].

De même, le fait d'avoir distribué un document d'éducation du patient au sujet du SU n'a pas contribué à augmenter leur satisfaction [15].

3.6 Notion de responsabilité et aspects juridiques

3.6.1 La relation médecin / patient dans la société

Le médecin se définit dans sa relation avec le malade. Porter la main sur le corps d'Autrui, l'observer, l'écouter, font partie des fondements de la médecine, mais cela suscite chez cet autre une réaction particulière qui ne se limite pas à la matérialité physique de l'homme [19].

Mais si la technicité de la médecine a pu réduire la relation médecin/malade, l'attente du patient ne se situe pas entièrement du côté scientifique. Même si le médecin soigne mieux, jamais les malades n'ont été aussi insatisfaits et revendicateurs, les médecins aussi déçus et aigris, chaque partenaire cherchant ailleurs la consolation de son insatisfaction.

La relation médecin/malade est par nature déséquilibrée, relation fort/faible, savants/ignorants, sain/malade... Initialement non conflictuelle, cette relation a connu une évolution progressive marquée par l'affirmation du «droit du malade». La société exige désormais une protection contre la maladie et le droit à la santé est considéré comme légitime.

Bien qu'exerçant une activité à risque au sein d'une profession organisée, le médecin, quel que

soit son mode d'exercice, répond de ses actes devant la société. Le médecin a des devoirs, le malade a des droits, et la société se charge par l'intermédiaire des médias et des juges de dénoncer les dysfonctionnements ou de régler les conflits. Le médecin se retrouve confronté à une extension de sa responsabilité, notion qu'il convient de cerner, et de cette responsabilité dépend parfois la mise en jeu de divers organes disciplinaires ou juridictionnels, que nous allons présenter brièvement.

3.6.2 Le concept de responsabilité

Le concept de responsabilité est une notion complexe. La responsabilité peut être morale, c'est celle de l'individu face à sa conscience. Elle peut être sociale, ne se traduisant que par un jugement de valeur porté par d'autres membres du groupe. Elle peut être politique, c'est celle d'un élu devant le peuple. Elle peut être collective, et ce concept s'est particulièrement affirmé avec la naissance de l'existentialisme en philosophie «nous sommes tous responsables». La responsabilité collective prend sa pleine application pour les personnes morales, à savoir hôpitaux, cliniques, sociétés commerciales. Elle peut enfin être juridique, c'est l'obligation de répondre des dommages devant la justice et d'en assumer les conséquences civiles, pénales, disciplinaires [20].

En France, il existe deux types de juridictions. La première est la juridiction judiciaire qui est compétente en matière de droit privé et dans laquelle nous distinguons une responsabilité civile et une responsabilité pénale. La seconde est la juridiction administrative qui est compétente pour les activités de service public, du droit public. Ainsi, à l'hôpital, la responsabilité est une responsabilité plurielle, on peut ainsi en distinguer quatre types relevant chacune de juridictions différentes :

- la responsabilité administrative qui vise à mettre en cause l'établissement en tant que

personne morale de droit public

- la responsabilité pénale dans laquelle une personne doit répondre personnellement à une infraction qu'elle a commise et est exposée à une sanction pénale sous forme d'amende, de peines restrictives ou de privation de liberté
- la responsabilité civile qui consiste à rechercher une indemnisation pour la victime. Elle est engagée soit de manière autonome devant le juge civil, soit à l'occasion d'une action pénale.
- la responsabilité disciplinaire qui sanctionne professionnellement les agents publics ayant fait manquement à leurs obligations. Ces instances disciplinaires peuvent être locales ou nationales. Pour les professions organisées en ordre comme les médecins, pharmaciens, et sages-femmes, cette responsabilité peut également être déontologique.

3.6.3 Les juridictions d'ordre judiciaire [20]

Les tribunaux d'ordre judiciaire placés sous l'autorité suprême de la cour de cassation se divisent de manière traditionnelle en deux grandes catégories : les tribunaux de droit commun, qui ont la compétence de principe et les tribunaux spécialisés qui ont connaissance des affaires qui leur sont attribuées par un texte spécial, en raison de leur nature, de leur objet ou de la qualité des plaideurs.

L'organisation judiciaire française repose sur le principe du double degré de juridiction : au plaideur qui n'a pas obtenu satisfaction devant le premier juge, la loi offre, sauf exception, la possibilité d'interjeter en appel devant une juridiction d'un degré plus élevé.

L'ordre civil comprend les juges de proximité (pour les petits litiges), les tribunaux d'instance et les tribunaux de grande instance.

L'ordre pénal comprend les différentes instances que sont le tribunal de police (contravention), le tribunal correctionnel (délit) et la cour d'assises (crime).

Les juridictions spécialisées bénéficient d'une manière générale d'une procédure plus simple permettant d'aboutir à un jugement plus rapide des affaires. Elles comprennent les tribunaux de commerce, le conseil des prud'hommes, les juridictions de la sécurité sociale, ...

Lorsqu'une partie n'est pas satisfaite par le premier jugement elle peut faire appel. La cour d'appel examine alors l'affaire.

Dans la hiérarchie des tribunaux de l'ordre judiciaire, la cour de cassation occupe une place éminente : elle est la cour suprême à laquelle se trouvent rattachées, par la voie du recours en cassation, les juridictions de droit commun et spécialisées. Elle a pour mission essentielle d'assumer l'unité de l'interprétation du droit. Son rôle consiste à rechercher uniquement s'il est fait une juste application de la loi. Elle ne constitue pas dès lors un troisième degré de juridiction puisqu'elle juge en droit et non en fait.

3.6.4 La responsabilité indemnitaire administrative et les juridictions d'ordre administratif

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

exercice professionnel normal. La faute détachable est très rarement retenue et, dans la plupart des cas, l'indemnisation est assurée par l'hôpital. S'y ajoutent les fautes volontaires dont l'intention de nuire est présumée. Il existe également un cas intermédiaire de la faute personnelle dite «non dépourvue de tout lien avec le service» où les responsabilités sont partagées entre l'agent et son hôpital.

Comme dans tout principe de responsabilité indemnitaire, la responsabilité administrative est engagée si une faute est commise, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité est prouvé. Mais la particularité de la responsabilité administrative est que les faits sont jugés par des juges administratifs, juges non tenus par les règles du Code civil et qui ont, au fil des années, élaboré un droit jurisprudentiel [21].

Il existe 35 tribunaux administratifs. Il existe par ailleurs de nombreuses juridictions spécialisées : commission des recours aux réfugiés, commission départementale d'aide sociale, section disciplinaire des ordres professionnels... Comme dans l'ordre judiciaire, elles ont connaissance des affaires qui leur sont attribuées par un texte spécial de par leur nature, l'objet particulier ou la qualité des plaideurs.

Si l'une des parties n'est pas satisfaite du premier jugement, elle peut faire appel. La cour administrative d'appel examine alors l'affaire.

En dernier recours se trouve le Conseil d'État. Celui-ci vérifie que les cours administratives d'appel ont correctement appliqué la loi. Il statue directement sur certaines affaires concernant les décisions les plus importantes des autorités de l'État. Pour certaines affaires il est juge d'appel. Il se situe à Paris, au Palais-Royal [20].

3.6.5 Le tribunal des conflits

Le tribunal des conflits est une juridiction qui a pour mission de résoudre les conflits de compétences entre les juridictions de l'ordre judiciaire et les juridictions de l'ordre administratif. Le tribunal des conflits se prononce :

- lorsqu'une juridiction administrative et une juridiction judiciaire veulent juger la même affaire (conflits positifs)
- lorsqu'une juridiction administrative et une juridiction judiciaire se déclarent toutes deux incompétentes et refusent de juger une affaire (conflits négatifs)
- lorsque les tribunaux de l'ordre administratif et judiciaire ont pris des décisions contradictoires sur la même affaire.

3.6.6 La responsabilité disciplinaire [21]

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

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

3.6.7 L'ordre des médecins [21]

« L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code

de déontologie prévue à l'article L. 4127 -1.

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Ils peuvent organiser toutes les oeuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droits. Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre ».
(Article L. 4121 -2, loi numéro 2002-303 du quatre mars 2002 articles 46, journal officiel du cinq mars 2002).

L'ordre des médecins permet, en groupant tous les médecins, de réglementer l'exercice médical du point de vue moral, mais aussi juridique.

L'ordre national des médecins recense obligatoirement tous les médecins (Article L. 4121-1).

L'ordre autorise le praticien à exercer la médecine par son inscription au tableau. Cette condition donne donc un pouvoir à l'ordre, qui peut empêcher un médecin d'exercer de manière temporaire ou définitive.

L'ordre des médecins est organisé en conseils départementaux, conseils régionaux ou interrégionaux depuis la loi du 4 mars 2003, et en conseil national dont les membres sont élus. Les conseils régionaux ou interrégionaux et le conseil national ont un rôle uniquement administratif. Du point de vue disciplinaire, c'est le conseil départemental qui est chargé de recevoir les plaintes, d'organiser une conciliation entre les parties, et transmettre les plaintes à l'instance disciplinaire supérieure : la chambre disciplinaire de première instance. La loi du 4 mars 2003 permet de prononcer une suspension immédiate en raison d'une mise en danger grave des patients. La chambre disciplinaire de première instance est chargée de statuer sur cette suspension. D'autre part, elle juge les plaintes portées par les patients, les médecins, le

ministre de la santé, le directeur de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) ou de la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS).

Une chambre disciplinaire nationale, présidée par un conseiller d'État, est chargée de juger en appel les décisions de la chambre disciplinaire de première instance. Ces deux instances ont une compétence disciplinaire exclusive.

3.6.8 La responsabilité médicale [22]

La responsabilité peut être morale, sociale, politique, collective, juridique. Elle peut résulter d'une faute, mais peut aussi prendre une forme préventive en faisant peser le poids de la sanction. Dans l'exercice médical, la relation complexe entre le médecin et son malade est sous-tendue par le concept de responsabilité. La responsabilité du médecin envers son patient, initialement purement morale, a pris progressivement une tournure juridique. Si une partie de cette responsabilité morale, décrite initialement dans le serment d'Hippocrate, par exemple, n'a que peu évoluée, tout un pan des rapports entre médecins et patients se trouve fondamentalement bouleversé, paradoxalement en partie avec l'accroissement des connaissances médicales. L'implication du médecin dans la société, l'importance de la médecine dans la vie de chacun, mais aussi le déséquilibre manifeste de la relation médecin/malade conduit à préciser les règles applicables à cette relation singulière.

L'exercice médical par ce fait crée de lui-même un nouveau lien entre le patient et le médecin. La relation médecin/malade est une atteinte à la personne humaine et entre donc dans le cadre de la responsabilité pénale. Dès lors, le médecin a une responsabilité morale envers son patient : responsabilité car celui-ci lui confie sa personne sans avoir souvent aucune possibilité de saisir les enjeux de sa situation, de sa maladie de son traitement. La responsabilité envers les dieux antiques du serment d'Hippocrate est transformée aujourd'hui

en éthique et plus précisément en déontologie avec comme application le code de déontologie inscrit dans la loi.

3.6.9 La responsabilité hospitalière [22]

En matière de responsabilité, les hôpitaux sont soumis à des règles particulières. Certaines fautes ouvrant droit à réparation peuvent être reprochées aux établissements publics de santé. Dans certains domaines, cependant, la faute n'a pas à être prouvée : l'établissement peut être tenu responsable pour une faute présumée.

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public, dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils doivent répondre des dommages de toute nature qu'ils peuvent causer. Les établissements publics de santé ont, comme les professionnels de santé, obligation d'assurance destinée à les garantir pour la responsabilité civile ou administrative (Article L. 1142-deux, loi numéro 2002-1577 du 30 décembre 2002).

Les règles de droit commun de la responsabilité administrative sont applicables aux établissements publics de santé. Il existe cependant de nombreuses particularités propres à la spécificité de l'activité hospitalière. La loi n°2002 -303 du 4 mars 2002 institue plusieurs règles, concernant la réparation des conséquences des risques sanitaires, l'obligation d'assurance pour les établissements de santé ou encore l'information des victimes.

3.6.10 La responsabilité des internes et résidents en médecine générale [23]

Les internes et résidents en médecine générale sont des praticiens en formation : ils n'ont pas la plénitude d'exercice, leurs prérogatives exactes ne sont pas toujours clairement définies. L'interne en médecine a la qualité d'agent public, non titulaire. La mise en cause de sa responsabilité peut intervenir à deux niveaux :

- devant les juridictions pénales et/ou disciplinaires lorsque l'action a pour finalité de sanctionner l'auteur d'un comportement fautif
- exceptionnellement devant les juridictions civiles lorsque le patient cherche une indemnisation.

Le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixe le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie.

Ce décret, toujours en vigueur, a été modifié depuis par le décret du 9 janvier 2001 et le décret du 10 septembre 2002.

3.6.11 Les procédures administratives

En matière administrative, il existe différents types de recours. En effet, à côté des recours juridictionnels exercés auprès d'un juge administratif, il existe des recours non juridictionnels. On distingue ainsi des recours administratifs, la médiation, le règlement amiable et la conciliation.

3.6.12 Commission de conciliation et commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

- **Ordonnance du 24 avril 1996**

Au niveau hospitalier, depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 des commissions de conciliation ont été rendues obligatoires.

Cette commission est chargée «-d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose-» (code de la santé publique article L. 710. 1.2).

Elle est composée du président de la commission médicale d'établissement, d'un médecin conciliateur (médecin en exercice ou non, inscrit à l'ordre) et de son suppléant, d'un membre de la commission du service de soins infirmiers et de son suppléant, et d'un représentant des usagers. Elle doit établir un rapport annuel et assurer une permanence hebdomadaire.

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

- **Loi du 4 mars 2002 [21]**

La loi du 4 mars 2002 a fait évoluer les dispositifs. L'idée pratique est d'instituer une procédure de conciliation et d'indemnisation à travers des commissions régionales. Sur le plan procédural, la loi fait une place importante à la procédure amiable afin d'essayer d'accélérer, de simplifier et de déjudiciariser les débats.

Les commissions de conciliation mises en place dans les hôpitaux en 1996 sont remplacées par des «commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge». Ces dernières perdent leur fonction de conciliation pour se concentrer sur des fonctions en amont du contentieux : dialogue, régularisation, information.

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

La fonction propre de conciliation est exercée sur un plan régional avec la création de «commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales». Celles-ci sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire. Elles siègent en formation dite de règlement amiable et ont pour mission la conciliation et l'expertise du contentieux par collège des pairs indépendants [21].

- **Décret du 4 mars 2005**

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades prévoyait les commissions des relations avec les usagers. Un décret publié le 4 mars 2005 les met en place. Désormais des «commissions des relations avec les usagers» (CRU) devront être effectives dans chaque établissement de santé public ou privé. Les CRU auront pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches. Elles examineront notamment les réclamations des usagers en les informant sur les voies de conciliation et de recours. Elles seront aussi chargées d'améliorer la politique d'accueil et la prise en charge des personnes malades.

« Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai. » Art. R. 1112-91

« L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis. » Art. R. 1112-92.

« Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers. » Art. R. 1112-93.

« Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant. » Art. R. 1112-94

3.6.13 Les différents types de fautes [21]

- **Faute médicale**

La faute peut concerner toutes les phases de l'activité médicale : la prévention, l'information notamment sur les risques prévisibles (avec la notion de consentement éclairé), le diagnostic, les soins, les actes opératoires et la surveillance.

La notion de faute lourde, particulière à la juridiction administrative a été abandonnée par le Conseil d'État dans un arrêt d'Assemblée du 10 avril 1992. Toute faute, même simple peut

dorénavant engager la responsabilité.

- **Faute simple de service**

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

- **Présomption de faute**

Lorsqu'il y a un dommage grave, inattendu, inexplicable, le juge déduit qu'une faute a été commise alors même qu'elle n'a pas été prouvée, accordant ainsi réparation à la victime. L'exemple type concerne les infections nosocomiales depuis l'arrêt COHEN rendu par le Conseil d'État, en décembre 1988. C'est à l'établissement de démontrer l'absence de faute s'il veut s'exonérer de l'indemnisation.

- **Responsabilité sans faute**

Il s'agit du principe de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique permettant une indemnisation sans faute quand sont réunis trois conditions : dommage d'une exceptionnelle gravité, dont le risque est exceptionnel mais connu, et sans rapport avec l'état initial ou les prédispositions du patient (arrêt Bianchi du 9 avril 1993).

Cette prise en charge de l'aléa thérapeutique est particulière à l'ordre administratif. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, a fait évoluer la notion de responsabilité sans faute dans la réparation des risques sanitaires avec une harmonisation de l'indemnisation pour les patients, qu'ils soient pris en charge dans le secteur public ou privé.

En l'absence de faute résultant de l'activité et de la responsabilité d'un acteur de santé, un

accident médical ou une affection iatrogène ouvrent droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale dans les conditions suivantes :

- lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins
- quand ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé
- lorsqu'ils présentent un caractère de gravité fixée par décret.

La responsabilité sans faute admise par la loi appelle une réparation effectuée par la collectivité nationale selon une procédure rapide et déjudiciarisée.

- **Faute pénale**

On peut en distinguer deux catégories dans le domaine médical :

- les fautes contre l'humanisme : violation du secret professionnel, abstention de secours à personne en péril
- les atteintes à l'intégrité corporelle

- **Faute disciplinaire**

Elle est définie par tout manquement aux règles de déontologie médicale.

3.7 L'organisation du service d'accueil des urgences

3.7.1 Généralités [1, 24, 25, 26]

Il existe actuellement plusieurs sites d'urgences au CHU de Nancy :

- le SAU situé à l'Hôpital Central
- l'Unité d'Urgences du Service de Chirurgie D
- le SAU de l'Hôpital d'Enfants

Seul le SAU situé à l'Hôpital Central (délocalisé temporairement de 2002 à 2003 à l'hôpital Saint Julien pour raison de travaux) fait partie de notre étude. Les urgences gynéco obstétricales et néonatales sont orientées vers la maternité régionale A. Pinard. La clinique de traumatologie, établissement privé à but non lucratif, accueille certaines urgences traumatologiques.

Sur la période que nous avons étudiée s'étendant de 2001 à 2005, les locaux du SAU sont divisés en deux secteurs : médecine et chirurgie. A cela s'ajoute une salle de déchoquage commune à la médecine et à la chirurgie. En 2002 a été créé une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Dans cette unité, la durée d'hospitalisation ne doit pas excéder deux nuits. Elle peut recevoir des urgences médicales, chirurgicales et psychiatriques. Ses missions sont :

- de permettre une observation clinique et paraclinique indispensable à une orientation adaptée et éviter des attentes trop longues au SAU
- d'hospitaliser des malades atteints de pathologies ne nécessitant pas une hospitalisation supérieure à 2 nuits. C'est une alternative à l'hospitalisation

traditionnelle.

Depuis mai 2004 il existe également un bureau de consultation avancée qui est une zone spécifique pour les soins légers ou ambulatoires. Cette zone est utilisée par le médecin trieur afin de permettre un désengorgement des secteurs de médecine et de chirurgie. Dans ce bureau sont vus les patients valides dont le motif de recours de nécessité pas, la plupart du temps, d'examen complémentaire. Elle permet d'examiner et de traiter les patients sans motifs de consultation grave et de réduire ainsi le temps d'attente des patients les plus graves.

A ces secteurs s'ajoute une zone technique comprenant une salle de radiologie conventionnelle contiguë au service des urgences. Les salles d'échographie, de scanner et d'I.R.M. sont à l'intérieur du service de radiologie mais à l'extérieur du service des urgences. Le laboratoire est également éloigné du SAU et les prélèvements sont acheminés par moyen rapide par des membres du personnel de l'hôpital affectés à cette tâche.

Les malades hospitalisés le sont le plus souvent dans les services d'aval. Les délais d'attente sont augmentés par la recherche de lits d'hospitalisation et la prescription d'exams complémentaires dont les résultats sont attendus au SAU avant le départ du service. Ces malades peuvent être hospitalisés à différents sites du CHU, du plus proche (hôpital Central) au plus éloigné (hôpitaux de Brabois à 4 km, hôpital Jeanne d'Arc à 30 km) du SAU. Le service dispose de l'ensemble des structures nécessaires à son bon fonctionnement : services de médecine, chirurgie, cardiologie, neurologie, ORL, maxillo-faciale, ophtalmologie, réanimation médicale et chirurgicale, une unité d'urgence psychiatrique, radiologie conventionnelle, interventionnelle et neuroradiologie, laboratoires de biologie (biochimie, toxicologie, hématologie, microbiologie, transfusion sanguine). Il faut noter que les services de cardiologie, d'urologie et de pneumologie se situent sur le site distant du CHU de Brabois.

Il n'y a donc pas en permanence de praticiens de ces spécialités présents sur le site de l'hôpital Central. Mais un cardiologue est d'astreinte pour les échographies cardiaques sur Central.

Pour la pathologie pédiatrique, il existe un POSU pédiatrique à l'hôpital d'enfants. Le SAU de Nancy ne devrait normalement accueillir que les malades de plus de 15 ans et trois mois.

Deux assistantes sociales travaillent au sein du SAU. Elles disposent d'un bureau qui leur est propre et qui leur permet l'accueil des malades et des familles.

En cas d'afflux massif de patients (plan blanc), il existe une possibilité d'adaptation des locaux avec une zone interne proche des zones de soin qui peut être transformable en salle commune de soins.

L'hôpital Central est structuré sous forme de pavillons éclatés représentant des services. Les laboratoires de biologie ne sont pas proches du SAU obligeant à porter les prélèvements dans ces structures. Le délai moyen d'un parcours est de 20 minutes contribuant à l'augmentation du délai d'attente au SAU. De même, la localisation des services de radiologie oblige l'organisation du transport des malades dépendant de la disponibilité des ASB et des chauffeurs ambulanciers.

Depuis le rapport STEG et les décrets parus à la suite de sa publication, le SAU a été structuré comme un service. Antérieurement, le SAU ne fonctionnait qu'avec des internes DES de garde changeant tous les jours. L'augmentation de la médicalisation et de l'équipe paramédicale a permis d'organiser l'activité médicale. Depuis 1995, le SAU dispose de PH et d'un chef de service. Un senior (docteur en médecine) est présent 24h sur 24h. Des internes résidents ont été affectés au SAU pour une période de 6 mois depuis 1996 et des étudiants

hospitaliers depuis 1997. La constitution d'une véritable équipe médicale a permis de changer les mentalités même au sein du service, le SAU a plus qu'un rôle de tri mais bien une activité de diagnostic et de traitement. Enfin, le dossier patient du SAU est entièrement informatisé depuis novembre 1995. Le programme utilisé est CASTOR.

Il existe des collaborations fortes entre le SAU, le SMUR et le SAMU. Les locaux du SAMU sont proches des urgences.

3.7.2 Organisation au cours d'une journée au SAU

Entre 2001 et 2005, il y a donc eu une mouvance de l'organisation des équipes en place pour la prise en charge des malades. Mais elle est restée de façon quasi-constante l'organisation présentée ci-dessous.

Durant une journée de 24 heures au SAU, on distingue des périodes distinctes. Entre 8 h 30 et 18 h 30 du lundi au vendredi et de 8 h 30 à 12 h 30 le samedi, l'équipe médicale est constituée de médecins seniors urgentistes affectés au SAU. Il y a également des résidents affectés au service pour une durée de six mois. Des externes en stage au SAU viennent compléter cette équipe.

A partir de 18 h 30 du lundi au vendredi, de 12 h 30 le samedi et de 8 h 30 le dimanche et les jours fériés et jusqu'à 8 h 30 le lendemain matin, l'équipe médicale en place est une équipe dite de garde. Elle est constituée de médecins qui ne sont pas forcément urgentistes mais qui peuvent venir des différents services de l'hôpital Central. Les internes, quant à eux, proviennent pour les urgences médicales d'un service de médecine du CHU de Nancy (Brabois, Maringer-Vilemenin-Fournier ou Central). Ils font en moyenne une à deux gardes par mois. Du côté chirurgie, les internes proviennent des services de chirurgie de l'ensemble du CHU de Nancy (Brabois, Maringer-Vilemenin-Fournier ou Central). Il faut tout de même

noter que jusqu'à peu les urgences chirurgicales étaient prises en charge de jour comme de nuit par des internes DES de chirurgie et des externes qui pouvaient en cas de difficultés solliciter le senior du SAU, les médecins spécialistes ou les chirurgiens. Actuellement, pendant les horaires du service dit médical normal, la prise en charge est assurée par des internes en médecine générale ou des résidents affectés au SAU pour une durée de six mois sous la supervision d'un médecin senior du SAU.

Dans la salle de déchoquage, le malade est souvent accueilli et pris en charge directement par un médecin senior du SAU, de jour comme de nuit.

Le personnel paramédical est mutualisé entre le SAU et le SAMU. Les tranches de travail sont de 12 heures. La relève du personnel paramédical a lieu à 7 heures et à 19 heures. Il n'y a pas de différence entre « l'équipe de nuit » et « l'équipe de jour » pour ce qui est de l'origine des équipes, toutes deux étant des équipes affectées spécifiquement à ces services.

3.7.3 Processus de prise en charge du patient [25]

La prise en charge du patient comprend quatre étapes : l'arrivée du patient, le premier contact, la prise en charge et l'orientation.

Dès son arrivée au SAU, le patient va être accueilli par l'IOA accompagné d'un agent administratif qui, selon les informations fournies par l'usager, les doléances de sa famille ou la lettre du médecin traitant, évalue la bénignité ou la gravité de la pathologie du patient. La prise en charge sera soit immédiate, soit différée. Selon le cas, le patient sera placé en salle de déchoquage, en salle d'examen ou en salle d'attente. L'IOA oriente le patient vers le circuit médical ou chirurgical ou vers le circuit court. Des aides soignants ambulanciers participent à l'accueil des malades en brancard amenés par les sapeurs-pompiers ou les ambulanciers privés. Ces malades sont placés dans une salle d'examen libre ou le cas échéant en salle

d'attente brancard où est réalisée une première prise des constantes vitales. L'IOA enregistre les données administratives du patient. Il communique les informations collectées aux autres soignants.

La prise en charge initiale est assurée par un infirmier ou un aide-soignant. Le premier contact médical reste souvent l'étudiant hospitalier ou externe qui recueille les antécédents, retrace l'histoire clinique et procède à l'anamnèse du patient. L'observation clinique est complétée par l'interne qui demande si besoin des examens complémentaires, la pose d'une voie veineuse ou un avis spécialisé. Il peut aussi décider des mesures thérapeutiques. L'ensemble de la prise en charge est sous la responsabilité du praticien hospitalier que l'on essaye de faire intervenir au plus tôt dans la prise en charge du patient, si possible dès l'admission.

Il apparaît donc qu'un nombre d'acteurs différents non négligeable intervient dans la prise en charge du patient. Ceci peut être à l'origine de certains dysfonctionnements. La multiplicité des intervenants participe également à l'augmentation du délai d'attente ou de la qualité de la relation avec le patient.

Enfin, la dernière phase du processus est l'orientation du patient : sortie, hospitalisation dans un service d'aval ou à l'UHCD. En cas d'hospitalisation, l'interne ou le senior cherche un lit d'hospitalisation, contacte par téléphone l'infirmière ou le médecin d'astreinte du service receveur pour assurer la transmission des informations, des décisions thérapeutiques et des investigations complémentaires et organiser le transfert. En cas de sortie, l'infirmier se charge de prévenir l'entourage ou de contacter un taxi ou une ambulance privée. Cette phase comprend la remise des documents nécessaires au suivi extra hospitalier du patient (certificat, ordonnance de sortie, rendez-vous,...)

3.7.4 Données épidémiologiques

Le nombre annuel d'admissions est stable en 2001 et 2002, augmente considérablement en 2003 et 2004 et redescend légèrement en 2005.

	2001	2002	2003	2004	2005	Global
Hospitalisés	8131	7296	7406	8998	7772	39603
Admissions	37975	37849	40505	45454	43961	205744
% hospitalisés / admissions	21,4%	19,3%	18,3%	19,8%	17,7%	19,2%

Figure 1 : Nombre d'admissions et de patients hospitalisés de 2001 à 2005

Nous disposons de statistiques supplémentaires pour les années 2003, 2004 et 2005. Ces données sont exposées ci-dessous.

L'étude des flux horaires des admissions montre un niveau d'activité croissant entre 8 heures et 11 heures du matin, puis un flux constant jusqu'à 22 heures qui diminue ensuite de façon progressive.

Tranches Horaires	Admissions
0h à 1h	1198
1h à 2h	995
2h à 3 h	867
3h à 4 h	825
4h à 5h	679
5h à 6h	615
6h à 7h	645
7h à 8h	685
8h à 9h	1217
9h à 10h	2096
10h à 11h	2619
11h à 12h	2635
12h à 13h	2329
13h à 14h	2382
14h à 15h	2743
15h à 16h	2722
16h à 17h	2539
17h à 18h	2596
18h à 19h	2791
19h à 20h	2564
20h à 21h	2429
21h à 22h	2345
22h à 23h	1913
23h à 00h	1532

Figure 2 : Nombre d'admissions par tranche horaire de 2003 à 2005

Ci-dessous figure le nombre de passages regroupés en tranches horaires élargies de 8h00 à 18h00 et de 18h00 à 8h00, en référence aux horaires de jour et de nuit (à 30 min près). Les horaires de jour représentent 54,3% des passages et les horaires de nuit 45,7%.

Horaires de passage	2003		2004		2005		Cumul	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
de 8h00 à 18h00	21696	53,6%	24978	54,8%	23878	54,3%	70552	54,2%
de 18h00 à 8h00	18 809	46,4%	20616	45,2%	20 083	45,7%	59508	45,7%
Total	40 505	100,00%	45 594	100,00%	43 961	100,00%	130060	100,00%

Figure 3 : Fréquentation du SAU par les patients par tranches horaires

Le taux de passage dans les différents secteurs est assez stable autour de 53 % en chirurgie et 47 % en médecine.

Secteur	Admissions 2003		Admissions 2004		Admissions 2005	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Chirurgie	21403	52,8%	24013	52,7%	23183	52,7%
Médecine	19009	46,9%	21516	47,2%	20684	47,1%
ND	93	0,2%	65	0,1%	94	0,2%
Total	40505	100,0%	45594	100,0%	43961	100,0%

Figure 4 : Fréquentation du SAU par les patients

Pour ces trois années, la répartition hommes/femmes est très stable autour de 55,5 % d'hommes pour 44,5 % de femmes.

Sexe	2003		2004		2005		Global	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Femmes	17929	44,3%	20361	44,7%	19594	44,6%	57884	44,5%
Hommes	22576	55,7%	25233	55,3%	24367	55,4%	72176	55,5%
Total	40505	100%	45594	100%	43961	100%	130060	100,0%

Figure 5 : Répartition des sexes de patients du SAU

En moyenne 4,1 % des patients sont amenés par le SMUR.

Année	Proportion de la population totale amenée avec le SMUR	
	Effectif	%
2003	1510	3,7%
2004	1942	4,3%
2005	1862	4,2%
Total	5314	4,1%

Figure 6 : Proportion de la population totale amenée avec le SMUR

L'âge moyen des patients ayant consulté le service des urgences est de 44,9 ans en 2003, de 46,1 ans en 2004 et 2005. La médiane est de 39,8 en 2003 et d'environ 41 ans en 2004 et 2005.

	2003	2004	2005
Age moyen	44,9	46,1	46,1
Age médian	39,8	41,4	41,2
Ecart type	22,6	22,8	22,9

Figure 7 : Statistiques portant sur l'âge des patients ayant fréquenté le SAU

Objectifs

4 Objectifs

Le but de cette étude est d'analyser les lettres de plaintes reçues entre 2001 et 2005 à l'encontre du service d'accueil des urgences de Nancy ainsi que les dossiers médicaux relatifs à celles-ci. L'ensemble des données recueillies est exploité à travers une étude rétrospective et analytique afin de dresser un état des lieux des facteurs ayant concouru au dépôt d'une plainte, notamment les circonstances de venue, les conditions d'accueil et de prise en charge, le profil du patient, la nature des plaignants, les motifs de plaintes...

Le résultat de cet exercice pourra être mis à profit d'une démarche plus globale d'amélioration de la satisfaction des usagers afin de réduire le nombre de plaintes.

Méthodologie

5 Méthodologie

Cette étude a été rendue possible grâce aux dossiers archivés au secrétariat du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Central de Nancy qui a conservé les lettres adressées par les patients mécontents. Presque toujours, ces documents constituent de véritables dossiers comprenant non seulement la lettre initiale mais également le dossier médical et infirmier, ainsi que les courriers se rapportant aux réponses apportées.

Nous avons réalisé une étude rétrospective et analytique des plaintes adressées au Service d'Accueil des Urgences de L'Hôpital Central de Nancy. L'analyse couvre la période allant des années 2001 à 2005 incluses.

Dans notre étude, la plainte se définit comme la correspondance écrite d'un patient ou d'un tiers mécontent vers un interlocuteur médical (ex : chef de service) ou non médical (ex : directeur du centre hospitalier). Nous avons exclu toute autre forme d'expression de l'insatisfaction (communication orale à l'admission, conversations téléphoniques...). Seules les plaintes ayant été traitées par le chef de service ont été prises en compte. Les plaintes gérées par les cadres du service qui concernent généralement des motifs matériels n'ont donc pas été analysées.

La lecture des plaintes et des dossiers correspondants a été réalisée par une seule et même personne afin de garantir l'homogénéité de traitement et de minimiser tout biais de lecture et d'interprétation.

En aucun cas nous n'avons voulu étudier le caractère justifié ou non de la plainte, ce domaine étant réservé aux juridictions compétentes.

Une étude bibliographique nous a permis de recenser les principaux paramètres caractérisant les plaintes. A partir de ces données, nous avons élaboré une fiche permettant de structurer l'ensemble de ces informations. Ce support comprend les éléments suivants :

- **une partie relative aux renseignements administratifs**

Ces derniers ont été recueillis en analysant les renseignements fournis dans le dossier de passage du patient au Service d'Accueil des Urgences. Il s'agit du nom, du prénom, de l'âge civil et du sexe du patient. Après avoir exploité les informations nominatives pour vérifier l'absence de doublons et évaluer le caractère « récidiviste » potentiel de certains patients, les noms et prénoms ont été supprimés du fichier afin de préserver le secret.

- **des informations concernant le passage au service d'accueil des urgences**

La date d'arrivée, l'heure d'arrivée, la durée de prise en charge et le jour de la semaine nous donnent des renseignements sur la nature du service en place au moment de la prise en charge. La durée de prise en charge a également un grand intérêt car il s'agit d'un des motifs de plainte.

- **des renseignements concernant la consultation initiale du patient**

Nous les avons rassemblés en analysant le dossier de passage du patient dans le Service d'Accueil des Urgences. Nous avons ainsi recueilli les données concernant :

- la CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences)
- le secteur de prise en charge, à savoir : médecine, chirurgie, ou déchoquage

- le motif de recours : nous avons préalablement entré les différents motifs tels qu'ils apparaissent dans les dossiers sans chercher à les regrouper. Une fois la saisie terminée, nous avons établi 19 items afin de pouvoir les regrouper par type
- le mode d'arrivée du patient : le patient peut venir de lui-même, être adressé par son médecin traitant, être amené par une ambulance, par un VSAB, par le SMUR. Dans ces trois derniers cas, le patient a le plus souvent été «régulé» par le SAMU. Le patient peut également être amené par la police. Pour répondre à cet item, nous avons analysé l'ensemble du dossier et établi des règles de codage. Par exemple, si une lettre de médecin traitant a été retrouvée ou si mention est faite dans le dossier que le patient a été adressé par son médecin traitant, nous avons prioritairement coté «adressé par son médecin traitant». De même, si un dossier médical du SMUR est retrouvé ou s'il en est fait mention dans le dossier nous avons coté «adressé par le SMUR». Si aucun de ces éléments n'a été retrouvé nous avons pris en compte le mode d'arrivée figurant dans le dossier infirmier informatisé.
- le diagnostic principal : celui-ci a été codifié afin de faciliter l'exploitation de l'information.
- l'orientation du patient. Cet item comprend les catégories : hospitalisé au CHU, soins externes, transfert dans un autre hôpital, sortie atypique. Par la notion de sortie atypique, nous entendons des sorties contre avis, une fugue, un refus de soins... A cela s'ajoute la catégorie « non renseigné » qui concerne les dossiers pour lesquels nous n'avons pas pu établir l'orientation. Les décès au niveau du

SAU ont été considérés comme hospitalisés.

- la notion de recours à un avis spécialisé : chaque fois qu'il est fait mention dans le dossier ou dans les documents archivés de l'intervention d'un spécialiste, cet item a été coté « oui ». La cotation « non » signifie donc qu'il n'y a aucun avis apparent à la lecture des pièces archivées. Nous ne pouvons évidemment pas avoir connaissance d'un avis s'il n'est pas mentionné dans le dossier.
- la notion de recours à l'avis d'un praticien hospitalier, ou à un assistant chef de clinique communément appelé senior : si le nom d'un senior apparaît dans le dossier médical, dans la lettre de plainte ou de réponse, cet item a été coté « oui ». La cotation « non » signifie donc qu'il n'y a aucun avis apparent à la lecture des pièces archivées. Nous ne pouvons évidemment en aucun cas savoir si un avis a été donné sans être mentionné dans le dossier.
- la fonction du médecin qui a validé le dossier : médecin praticien hospitalier (senior) ou interne, résident ou faisant fonction d'interne

- **des données relatives à la plainte**

Les renseignements suivants ont été obtenus par l'analyse de la lettre de plainte et des documents l'accompagnant (lettre de la direction adressant une copie de la lettre plainte au SAU,...) :

- le jour de réception de la plainte par la direction de l'hôpital, ce qui nous a permis d'en déduire le délai entre le passage au SAU et la réception de la plainte

- le type de plainte : nous avons répertorié tous les motifs de plaintes exprimés dans les lettres sans ordre d'importance. Il est important de noter que pour ce faire, nous n'avons en aucun cas établi de jugement ou cherché une interprétation, nous avons simplement repris les motifs énoncés dans la lettre de plainte. Les différents types de plaintes ont été classés suivant sept grandes catégories issues de l'étude bibliographique :
 - Mauvaise qualité de la communication envers le patient ou sa famille, ou problèmes d'accueil
 - Durée de la prise en charge
 - Non respect des besoins élémentaires du patient (manger, boire, faire ses besoins, respect de l'intimité,...)
 - Erreur de diagnostic
 - Problèmes relatifs à l'orientation du patient : plainte évoquant un retour au domicile alors que le plaignant aurait préféré une hospitalisation, transfert vers un service ne correspondant pas aux besoins du patient ou retour au domicile par un moyen de transport inadapté aux dires du plaignant.
 - Survenue de complications ultérieures
 - Défaut d'examens complémentaires
 - Multiples : dans de nombreux courriers, les motifs de plaintes sont

multiples. Dans ce cas nous avons ventilé dans un second temps les différentes doléances dans les catégories ci-dessus.

- Autres.
 - o la qualité de l'auteur de la lettre de plainte : il peut s'agir du patient lui-même, de sa famille, d'un médecin, d'un tiers autre ou d'un avocat.
- **des renseignements sur la réponse apportée à la plainte.**

Le moyen de réponse est en général une lettre. Il n'a pas semblé intéressant de comparer le contenu de la réponse. En effet, aucune donnée de la littérature ne nous a permis d'établir une grille pour cela. De plus, pour une période donnée, la réponse est toujours écrite par la même personne à savoir le chef de service. Il en résulte que le mode de gestion est similaire d'une lettre de réponse à l'autre pour une période donnée.

Tous les renseignements ont été consignés dans un fichier informatique en utilisant le logiciel EXCEL. Nous avons ainsi pu présenter les résultats sous forme de graphiques statistiques.

Résultats

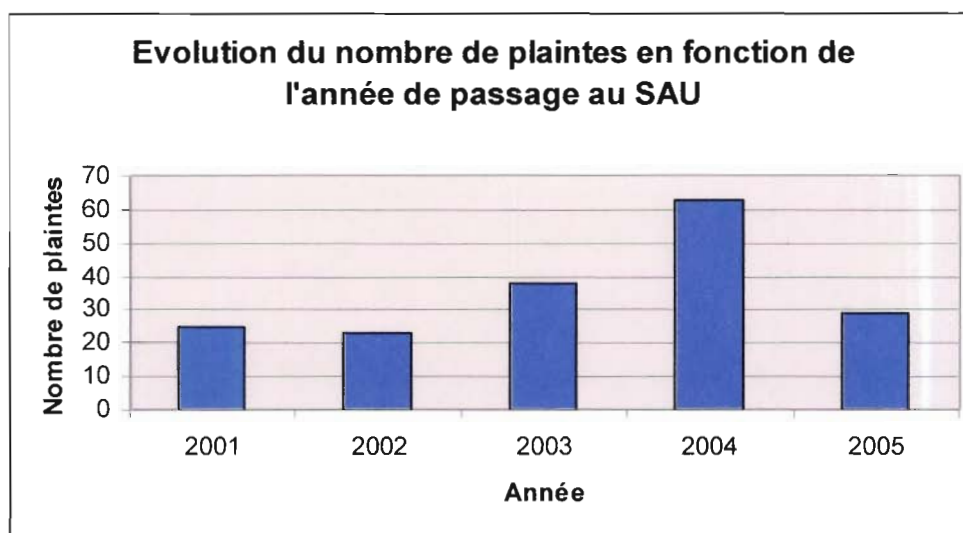
6 Résultats

6.1 Evolution du nombre de plaintes

L'étude rapporte les résultats de l'analyse des lettres de plaintes sur cinq ans de 2001 à 2005.

Le nombre de plaintes enregistrées sur cette période est de 178.

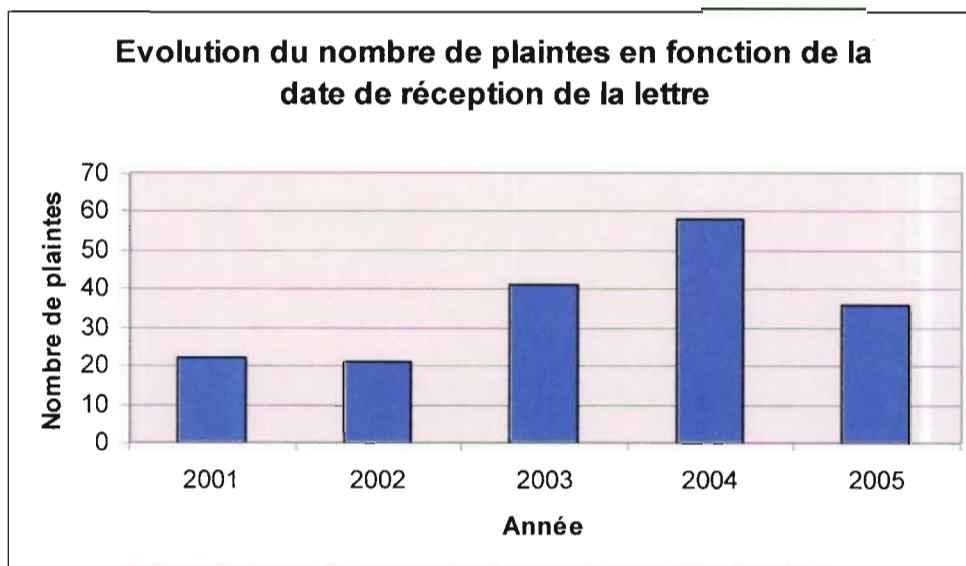
Le graphique ci-dessous présente l'évolution du nombre de plaintes en fonction de l'année de passage au Service d'Accueil des Urgences.



Année de passage au SAU	Nombre de plaintes
2001	25
2002	23
2003	38
2004	63
2005	29

Figure 8 : Evolution du nombre de plaintes en fonction de l'année de passage au SAU

Les formes des histogrammes donnant l'évolution du nombre de plaintes sont quasi équivalentes, que la répartition se fasse par date de réception du courrier ou bien par date de passage au Service d'Accueil des Urgences.

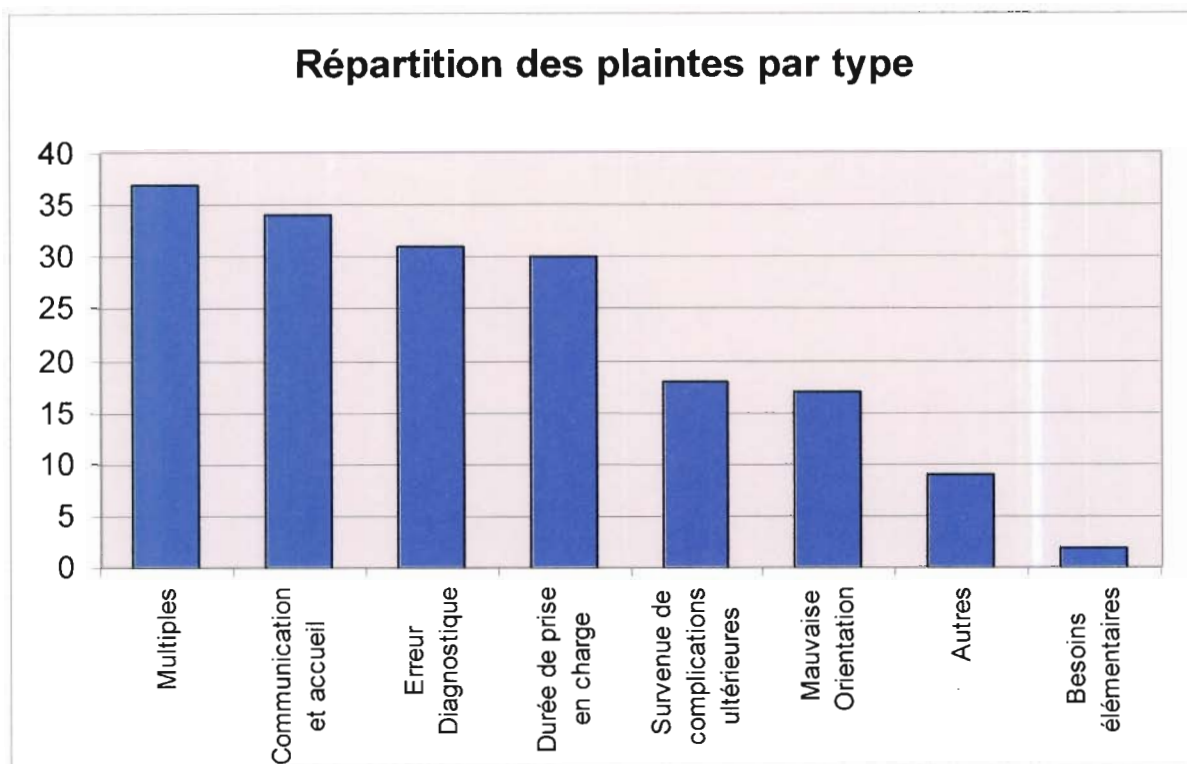


Année de réception de la lettre de plainte	Nombre de plaintes
2001	22
2002	21
2003	41
2004	58
2005	36
Total	178

Figure 9 : Evolution du nombre de plaintes en fonction de l'année de passage au SAU

6.2 Type de plaintes

En ce qui concerne le type de plainte, 37 plaintes sur 178 regroupent des motifs multiples.

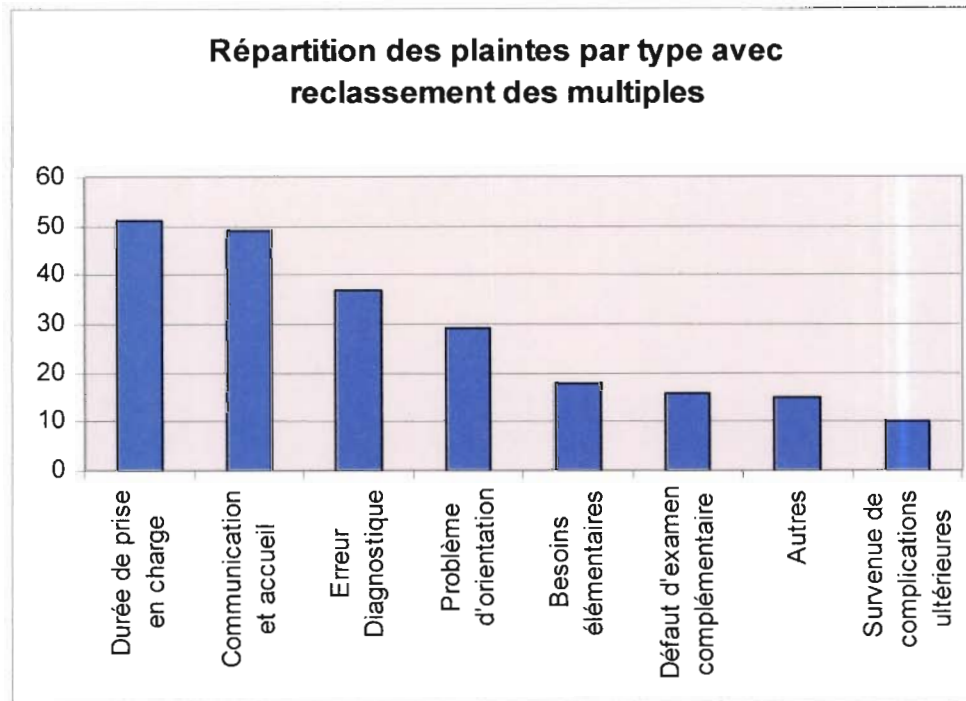


Type de plainte	Effectif	%
Multiples	37	20,8%
Communication et accueil	34	19,1%
Erreur Diagnostique	31	17,4%
Durée de prise en charge	30	16,9%
Survenue de complications ultérieures	18	10,1%
Mauvaise Orientation	17	9,6%
Autres	9	5,1%
Besoins élémentaires	2	1,1%
Total	178	100,0%

Figure 10 : Répartition des plaintes par type

Après ventilation des différents motifs de plaintes multiples dans les autres catégories, le graphique suivant montre que les motifs principaux de plaintes concernent les problèmes de durée de prise en charge (22,7%) et de communication et d'accueil (21,8%), et ce sans différence significative. Le motif de plainte arrivant en troisième position relève de l'erreur de diagnostic (16,4%). Ensuite sont rencontrés des plaintes liées à l'orientation du patient (12,9%), et au non-respect des besoins élémentaires (8%). Dans la queue de Pareto, nous

retrouvons les plaintes relatives à un défaut d'examen complémentaire (7,1%), à un motif autre que ceux classifiés (6,7%), et à des survenues de complications ultérieures (4,4%).



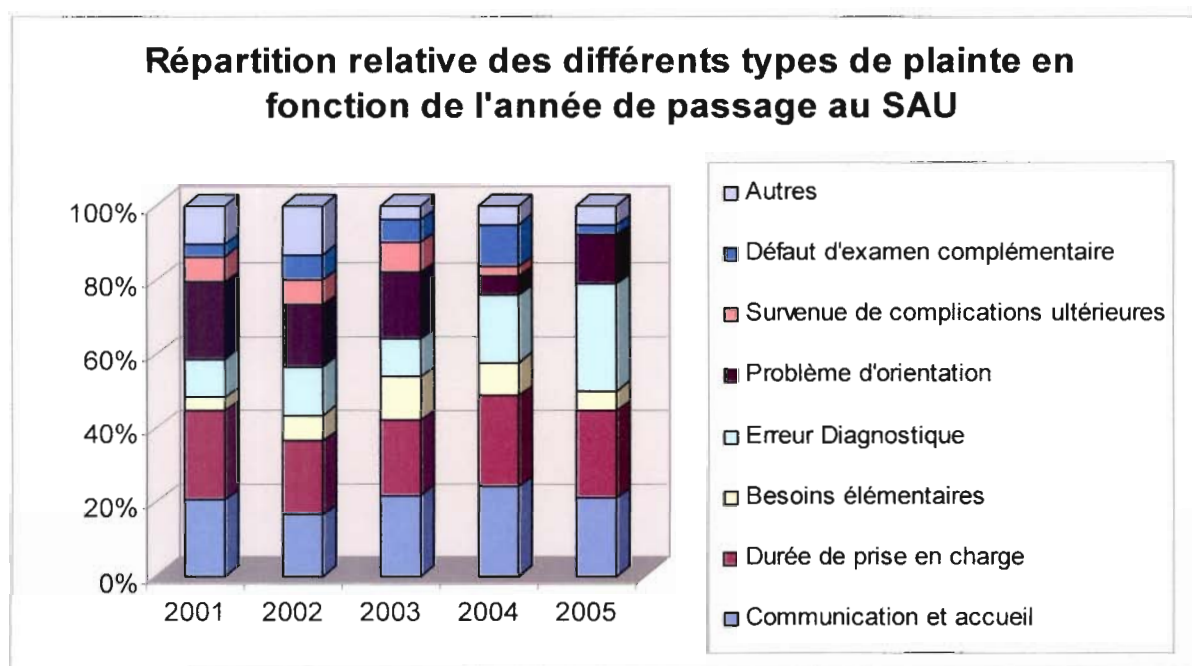
Type de plaintes	Effectif	%
Durée de prise en charge	51	22,7%
Communication et accueil	49	21,8%
Erreur diagnostique	37	16,4%
Problème d'orientation	29	12,9%
Besoins élémentaires	18	8,0%
Défaut d'examen complémentaire	16	7,1%
Autres	15	6,7%
Survenue de complications ultérieures	10	4,4%
Total	225	100,0%

Figure 11 : Répartition des plaintes par type avec reclassement des multiples

Il n'y a pas d'évolution statistique harmonieuse du type de plainte au fil des années. Cependant, hormis en 2005 où le motif principal de plainte est erreur de diagnostic, les motifs de plaintes rencontrés le plus fréquemment sont de façon quasi égale : durée de prise en charge et problèmes de communication et d'accueil.

En 2001, 2002 et 2003, le motif de plainte relatif aux problèmes d'orientation est également retrouvé à un taux environ égal à celui de durée de prise en charge et de problèmes de communication et d'accueil.

En 2004 et 2005, il y a davantage de plaintes, en proportion, pour erreur de diagnostic que les années précédentes.



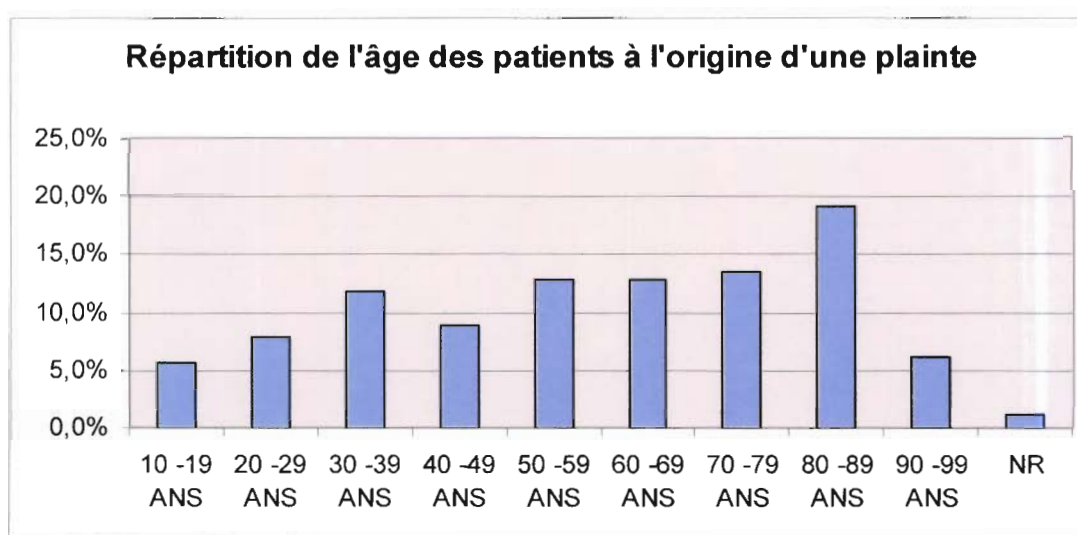
Type de plaintes	2001		2002		2003		2004		2005	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Communication et accueil	6	20,7%	5	16,7%	11	22,0%	19	24,4%	8	21,1%
Durée de prise en charge	7	24,1%	6	20,0%	10	20,0%	19	24,4%	9	23,7%
Besoins élémentaires	1	3,4%	2	6,7%	6	12,0%	7	9,0%	2	5,3%
Erreur Diagnostique	3	10,3%	4	13,3%	5	10,0%	14	17,9%	11	28,9%
Problème d'orientation	6	20,7%	5	16,7%	9	18,0%	4	5,1%	5	13,2%
Survenue de complications ultérieures	2	6,9%	2	6,7%	4	8,0%	2	2,6%	0	0,0%
Défaut d'examen complémentaire	1	3,4%	2	6,7%	3	6,0%	9	11,5%	1	2,6%
Autres	3	10,3%	4	13,3%	2	4,0%	4	5,1%	2	5,3%
Total	29	100,0%	30	100,0%	50	100,0%	78	100,0%	38	100,0%

Figure 12 : Répartition des types de plaintes en fonction de l'année de passage au SAU

6.3 Profil du patient à l'origine de la plainte

Le patient auquel se rapporte la plainte est âgé en moyenne de 58,9 ans +/- 22,9 ans, la valeur de la médiane se situant à 62 ans. L'âge moyen selon le sexe est de 61,7 ans +/- 23,4 ans chez les femmes et de 55,1 ans +/- 21,8 ans chez les hommes.

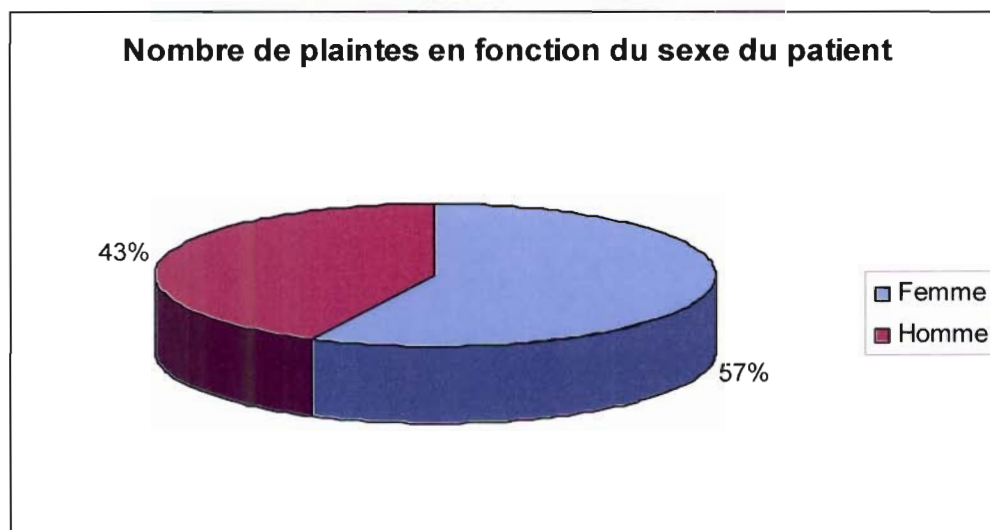
La tranche d'âge la plus représentée dans les patients à l'origine d'une lettre de plainte porte sur la population des 80 – 89 ans.



Classe d'âge	Effectif	%
10 -19 ANS	10	5,6%
20 -29 ANS	14	7,9%
30 -39 ANS	21	11,8%
40 -49 ANS	16	9,0%
50 -59 ANS	23	12,9%
60 -69 ANS	23	12,9%
70 -79 ANS	24	13,5%
80 -89 ANS	34	19,1%
90 -99 ANS	11	6,2%
NR	2	1,1%
Total	178	100,0%

Figure 13 : Répartition de l'âge des patients à l'origine d'une plainte

Dans la majorité des cas, le patient à l'origine d'une plainte est une femme (57 % des cas).

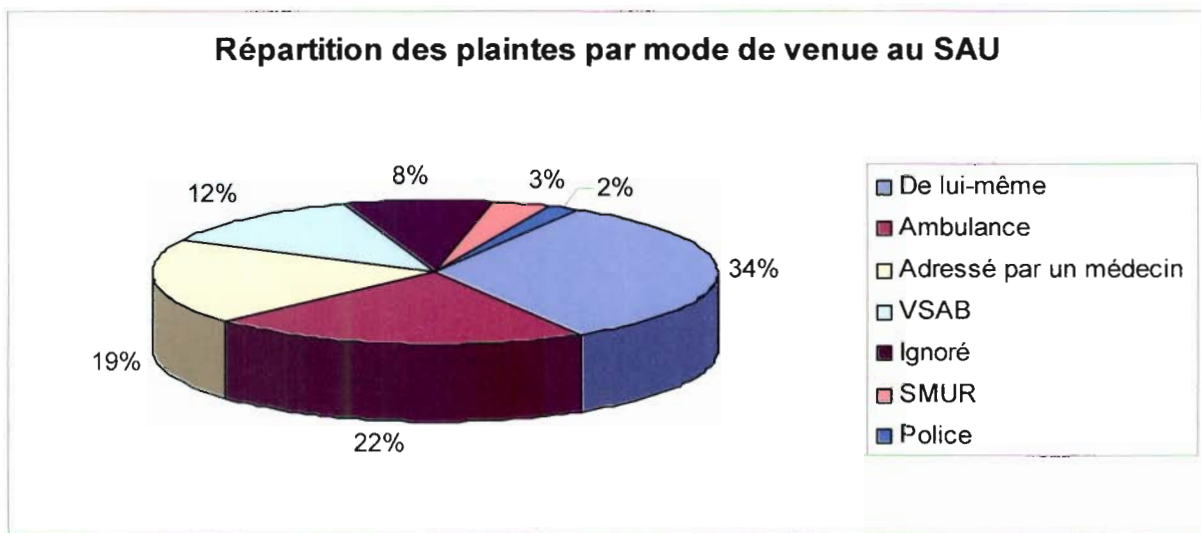


Sexe du patient	Nombre de plaintes
Femme	102
Homme	76
Total	178

Figure 14 : Répartition du sexe des patients à l'origine d'une plainte

6.4 Mode de venue

Les patients pour lesquels une plainte a été déposée arrivent le plus souvent (33%) d'eux-mêmes aux urgences. Nous trouvons ensuite les patients amenés par une ambulance privée (22%), suivie de la catégorie de patients adressés par le médecin traitant (19%). La part des patients amenés par les VSAB n'est pas négligeable (12%). En dernier lieu se retrouvent des patients amenés par le SMUR (3%) ou la police (2%).

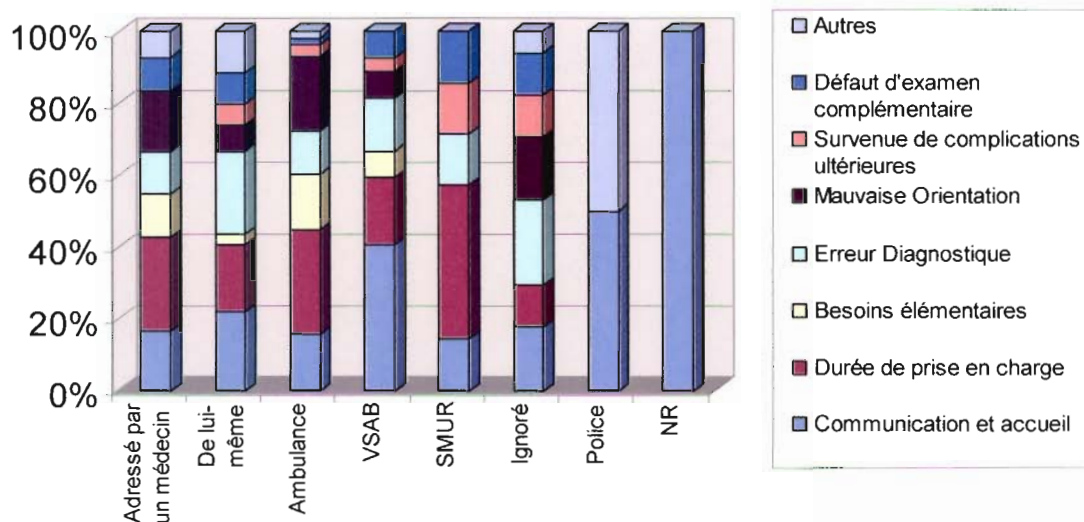


Mode de venue	Nombre de plaintes
De lui-même	59
Ambulance	39
Adressé par un médecin	34
VSAB	22
Ignoré	15
SMUR	6
Police	3
Total	178

Figure 15 : Répartition des modes de venue des patients à l'origine d'une plainte

En croisant le type de plainte et le mode de venue, il ressort que la proportion du nombre de plaintes se rapportant à une durée de prise en charge trop longue est plus marquée lorsque le patient est amené par ambulance que pour les autres modes de venue. De même, pour les patients venant en VSAB, la proportion de plaintes concernant des problèmes de communication et d'accueil est beaucoup plus importante. Pour les patients venant d'eux-mêmes, la proportion de plaintes pour erreur de diagnostic est la plus représentée.

Répartition des types de plaintes par mode de venue



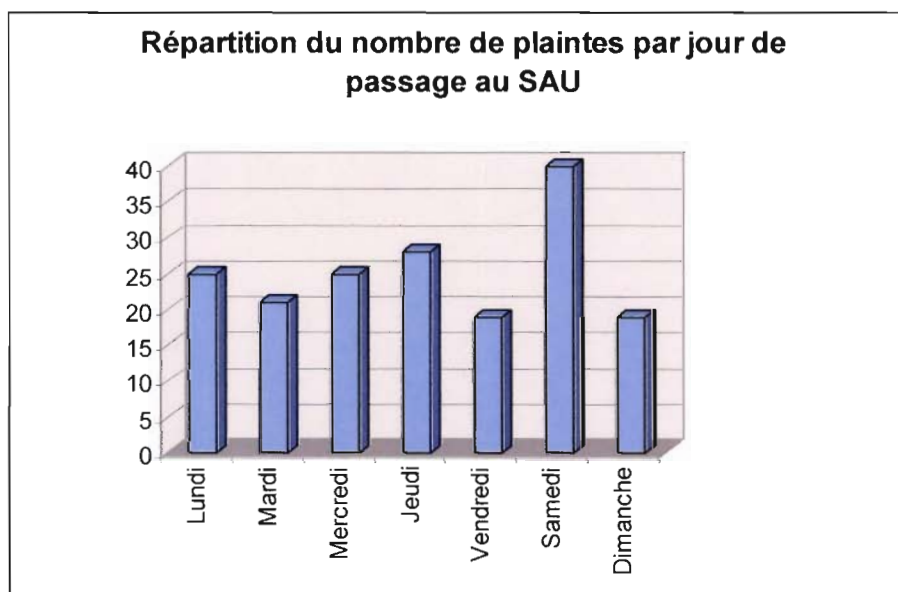
Type de plaintes	Adressé par un médecin	De lui-même	Ambulance	VSAB	SMUR	Ignoré	Police	NR
	%	%	%	%	%	%	%	%
Communication et accueil	16,7%	21,7%	15,5%	40,7%	14,3%	17,6%	50,0%	100,0%
Durée de prise en charge	26,2%	18,8%	29,3%	18,5%	42,9%	11,8%	0,0%	0,0%
Besoins élémentaires	11,9%	2,9%	15,5%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Erreur Diagnostique	11,9%	23,2%	12,1%	14,8%	14,3%	23,5%	0,0%	0,0%
Mauvaise Orientation	16,7%	7,2%	20,7%	7,4%	0,0%	17,6%	0,0%	0,0%
Survenue de complications ultérieures	0,0%	5,8%	3,4%	3,7%	14,3%	11,8%	0,0%	0,0%
Défaut d'examen complémentaire	9,5%	8,7%	1,7%	7,4%	14,3%	11,8%	0,0%	0,0%
Autres	7,1%	11,6%	1,7%	0,0%	0,0%	5,9%	50,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Type de plaintes	Adressé par un médecin	De lui-même	Ambulance	VSAB	SMUR	Ignoré	Police	NR
	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb
Communication et accueil	7	15	9	11	1	3	2	1
Durée de prise en charge	11	13	17	5	3	2	0	0
Besoins élémentaires	5	2	9	2	0	0	0	0
Erreur Diagnostique	5	16	7	4	1	4	0	0
Mauvaise Orientation	7	5	12	2	0	3	0	0
Survenue de complications ultérieures	0	4	2	1	1	2	0	0
Défaut d'examen complémentaire	4	6	1	2	1	2	0	0
Autres	3	8	1	0	0	1	2	0
Total	42	69	58	27	7	17	4	1

Figure 16 : Répartition des types de plaintes par mode de venue

6.5 Circonstances lors du passage au SAU

Le samedi apparaît globalement sur 5 ans comme étant le jour de passage au SAU à l'origine du plus grand nombre de plaintes (21%). Par ailleurs, le week-end concentre 32 % du total des plaintes reçues au Service d'Accueil des Urgences.



Jours de la semaine	Nombre de plaintes sur 5 ans
Lundi	25
Mardi	21
Mercredi	25
Jeudi	28
Vendredi	19
Samedi	40
Dimanche	19
NR	1
Total	178

Figure 17 : Répartition des plaintes par jour de passage au SAU

Le constat issu de l'analyse globale des plaintes se retrouve dans l'exploitation des données prises année par année, à savoir la plus grande proportion de plaintes survenues lors d'un passage au service des urgences le samedi (sauf 2004).

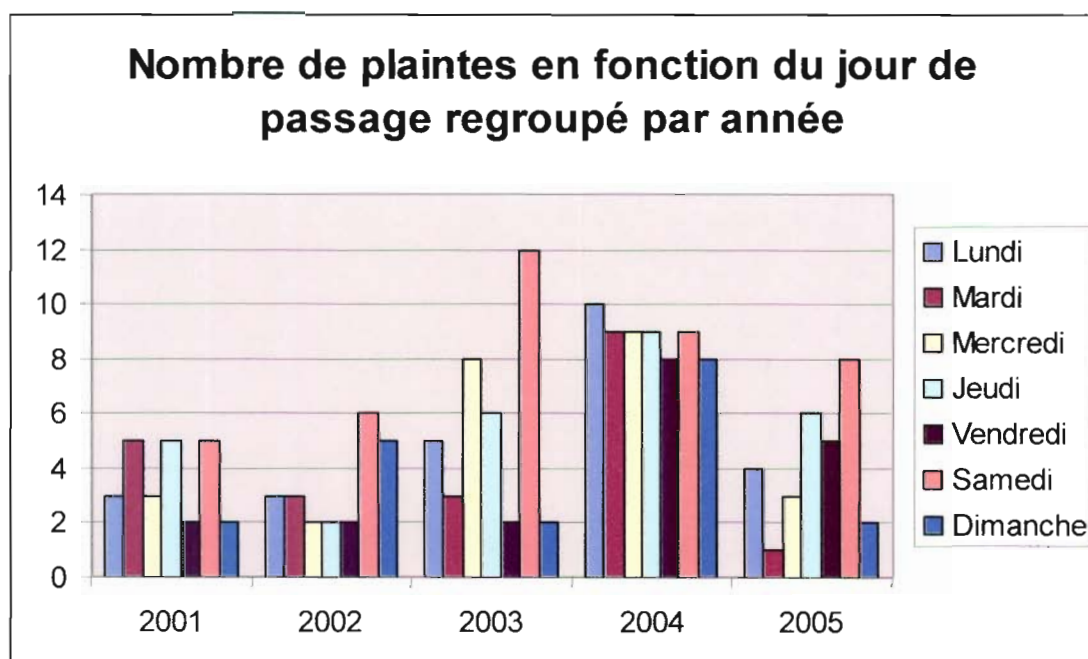
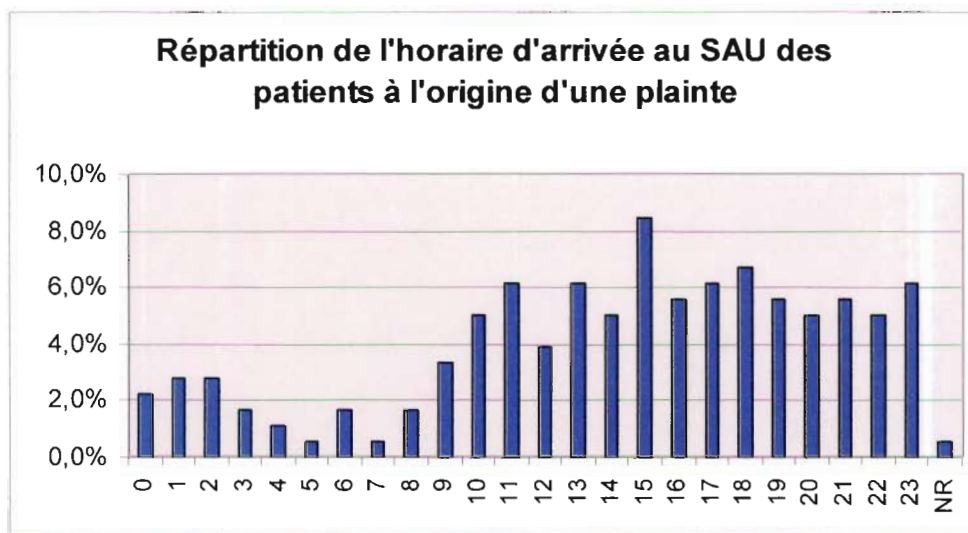


Figure 18 : Nombre de plaintes en fonction du jour de passage regroupé par année

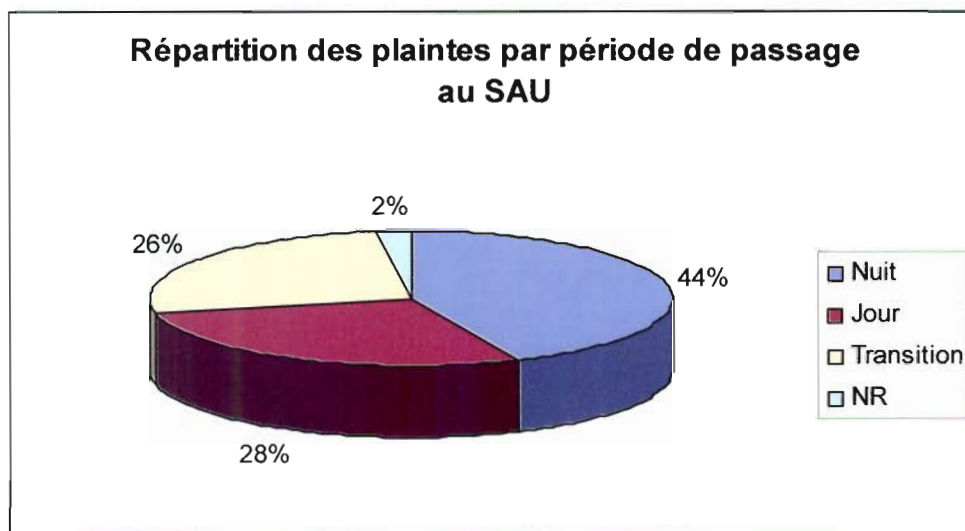
Le graphique ci-dessous donne la répartition des horaires d'arrivée des patients ayant conduit à une plainte. Le flux d'arrivée des patients aux urgences est relativement constant de 10h00 à 23h00, avec un pic à 15h00 et un creux à 12h00.



Tranche horaire d'arrivée	Effectif	%
0	4	2,2%
1	5	2,8%
2	5	2,8%
3	3	1,7%
4	2	1,1%
5	1	0,6%
6	3	1,7%
7	1	0,6%
8	3	1,7%
9	6	3,4%
10	9	5,1%
11	11	6,2%
12	7	3,9%
13	11	6,2%
14	9	5,1%
15	15	8,4%
16	10	5,6%
17	11	6,2%
18	12	6,7%
19	10	5,6%
20	9	5,1%
21	10	5,6%
22	9	5,1%
23	11	6,2%
NR	1	0,6%
Total	178	100,0%

Figure 19 : Répartition de l'heure d'arrivée des patients à l'origine d'une plainte

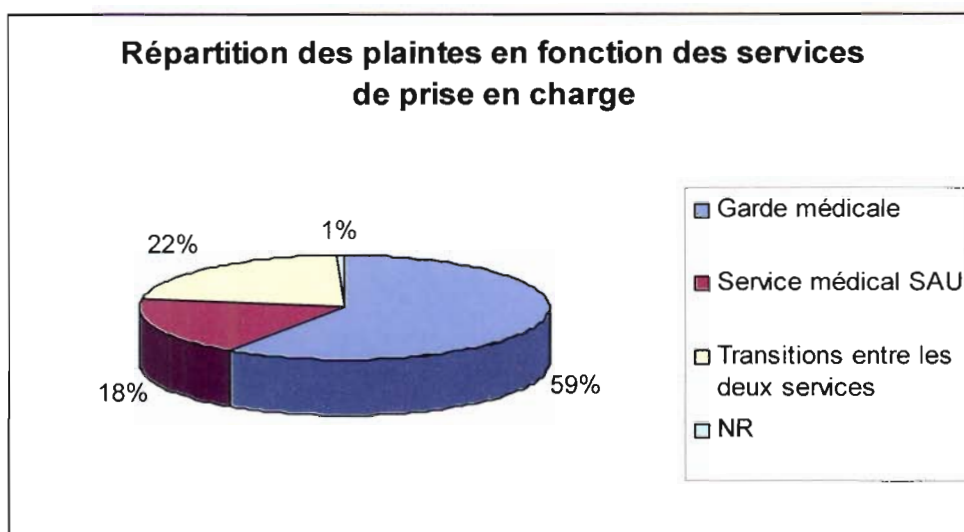
La majorité des plaintes (44 %) se réfère à un passage au Service d'Accueil des Urgences survenue la nuit, et dans 26 % des cas, le patient était présent à la fois dans la période des horaires de jour et de nuit.



Période de passage	Nombre de plaintes
Nuit	77
Jour	50
Transition	47
NR	4
Total	178

Figure 20 : Répartition des plaintes par période de passage au SAU

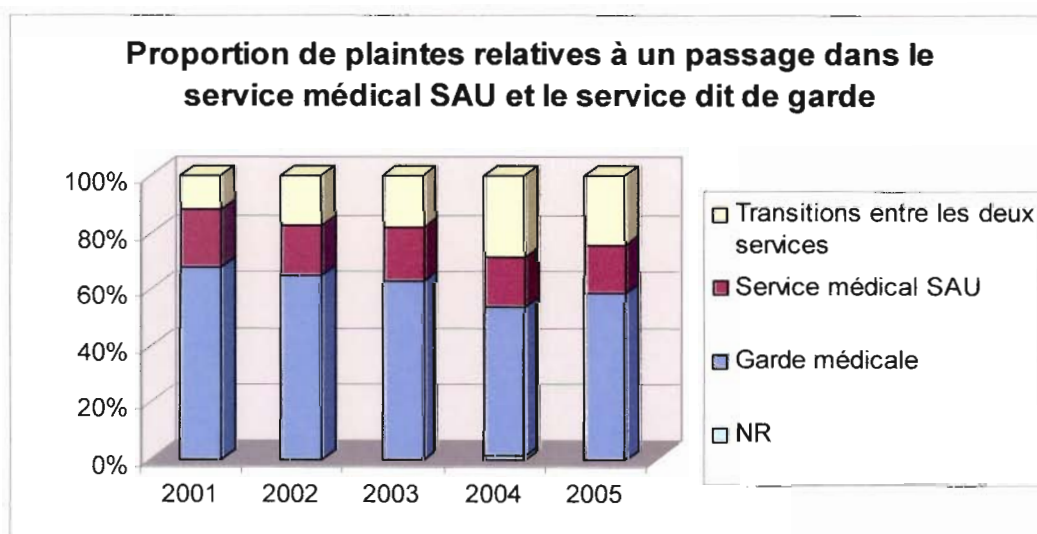
En complément de ces éléments nous constatons que dans 60% des cas, les conditions du service médical lors du passage du patient au SAU correspondaient au service dit de garde. Par ailleurs, dans 18% des cas, la période de passage du patient correspond à la période de transition entre le service dit de garde et le service dit normal.



Type de service	Nombre de plaintes
Garde médicale	106
Service médical SAU	32
Transitions entre les deux services	39
NR	1
Total	178

Figure 21 : Répartition des plaintes en fonction des services de prise en charge

Le ratio entre le nombre de plaintes survenues pour des passages au SAU durant le service de garde par rapport au service normal est assez stable au fil des années mais tend à diminuer au profit du service dit normal.



Année de passage	Garde médicale		Service médical SAU		Transitions entre les deux services		NR	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
2001	17	68,0%	5	20,0%	3	12,0%	0	0,0%
2002	15	65,2%	4	17,4%	4	17,4%	0	0,0%
2003	24	63,2%	7	18,4%	7	18,4%	0	0,0%
2004	33	52,4%	11	17,5%	18	28,6%	1	1,6%
2005	17	58,6%	5	17,2%	7	24,1%	0	0,0%
Total	106	59,6%	32	18,0%	39	21,9%	1	0,6%

Figure 22 : Proportion de plaintes relatives à un passage dans le service médical SAU et le service dit de garde en fonction de l'année

73,3% des plaintes pour motifs autres, 62,1% des plaintes pour mauvaise orientation, 62,5% des plaintes pour défaut d'examens complémentaires, 59,5% des plaintes pour erreur de diagnostic sont en rapport avec un passage au SAU durant le service dit le garde.

De même, 47,1% des plaintes concernant la durée de séjour et 49,0% des plaintes concernant les problèmes de communication et d'accueil se rapportent à des passages au SAU durant le service de garde médicale.

Par contre, 50% des plaintes pour non-respect des besoins élémentaires sont survenues chez des patients ayant été présents au cours d'une période de transition entre deux services.

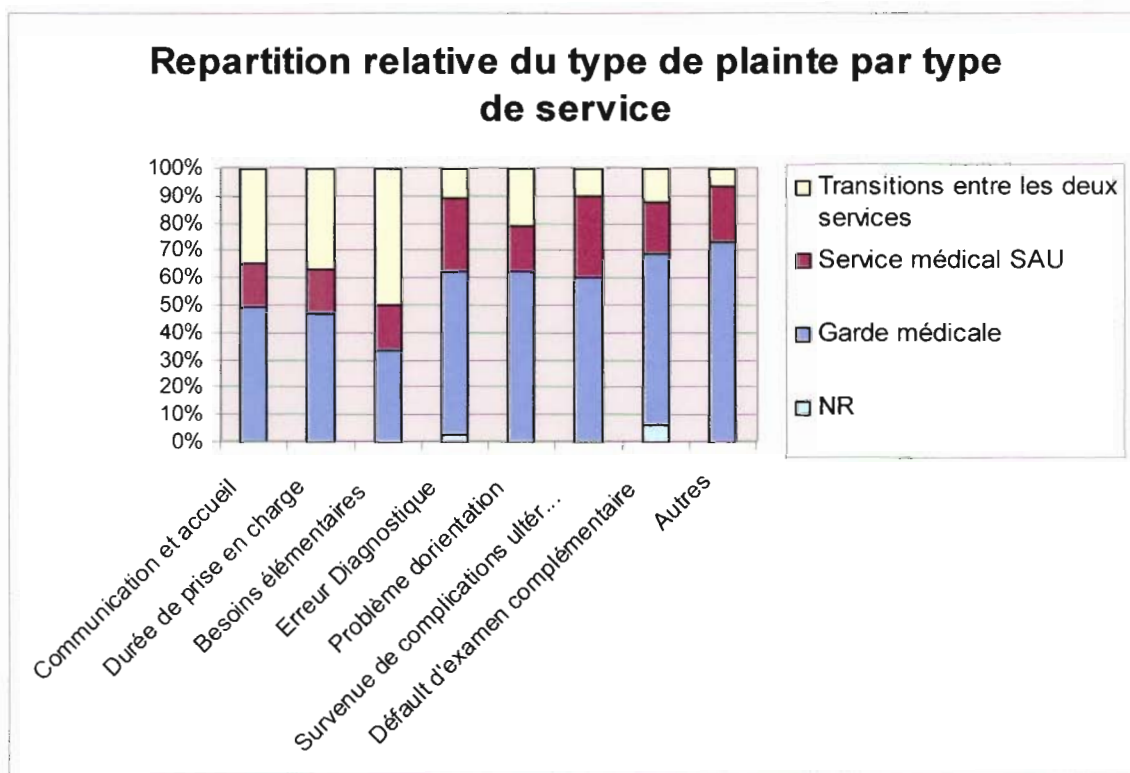
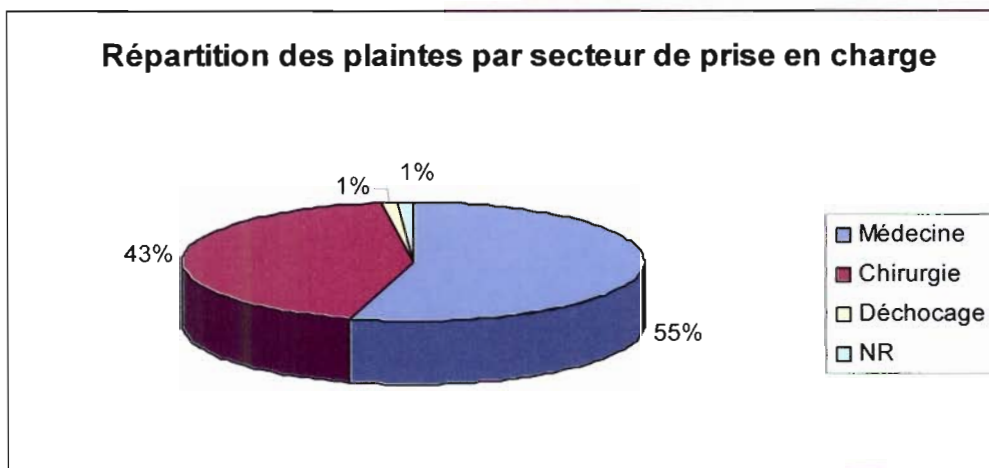


Figure 23 : Répartition des types de plainte en fonction du type de service

6.6 Secteur

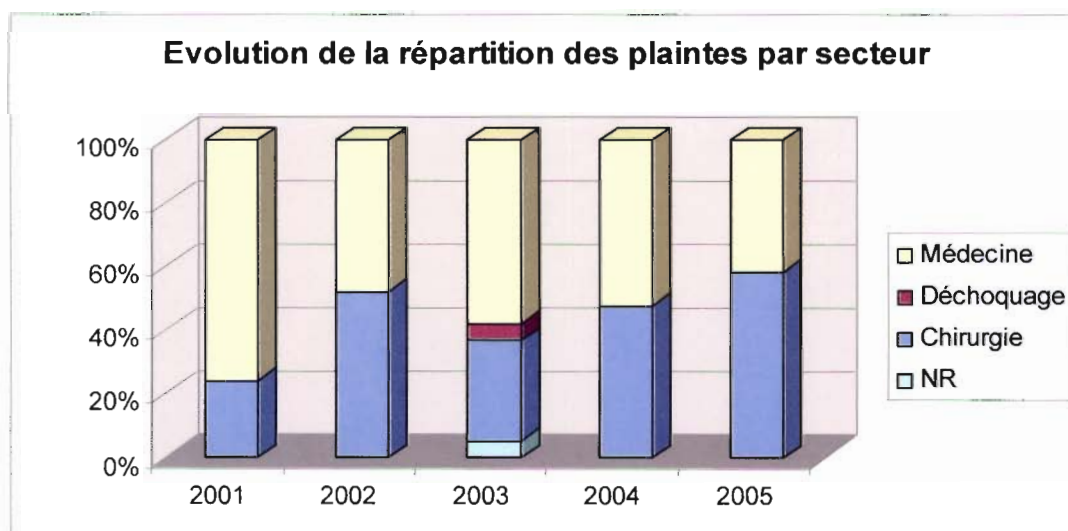
La majorité des plaintes se rapporte à un passage dans le secteur de médecine (55% des plaintes). Dans 43% des cas, il s'agit d'un passage dans le secteur de chirurgie. Peu de plaintes se réfèrent à des passages du patient au déchoquage (1,6%).



Secteur	Nombre de plaintes
Médecine	97
Chirurgie	77
Déchoquage	2
NR	2
Total	178

Figure 24 : Répartition des plaintes par secteur de prise en charge

Cependant, l'étude faite sur les années prises indépendamment les unes des autres fait apparaître une répartition variable entre les secteurs de médecine et chirurgie au fil des années. En 2005, la tendance s'est inversée avec 58,6% de plaintes en chirurgie contre 41,4% en médecine.



Année de passage	Chirurgie		Déchoquage		Médecine		NR		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
2001	6	24,0%	0	0,0%	19	76,0%	0	0,0%	25
2002	12	52,2%	0	0,0%	11	47,8%	0	0,0%	23
2003	12	31,6%	2	5,3%	22	57,9%	2	5,3%	38
2004	30	47,6%	0	0,0%	33	52,4%	0	0,0%	63
2005	17	58,6%	0	0,0%	12	41,4%	0	0,0%	29
Total	77	43,3%	2	1,1%	97	54,5%	2	1,1%	178

Figure 25 : Evolution de la répartition des plaintes par secteur de 2001 à 2005

Les patients âgés de 20 à 40 ans à l'origine d'une plainte sont majoritairement passés dans le secteur de chirurgie, alors que les patients de plus de 60 ans se retrouvent davantage dans le secteur de médecine.

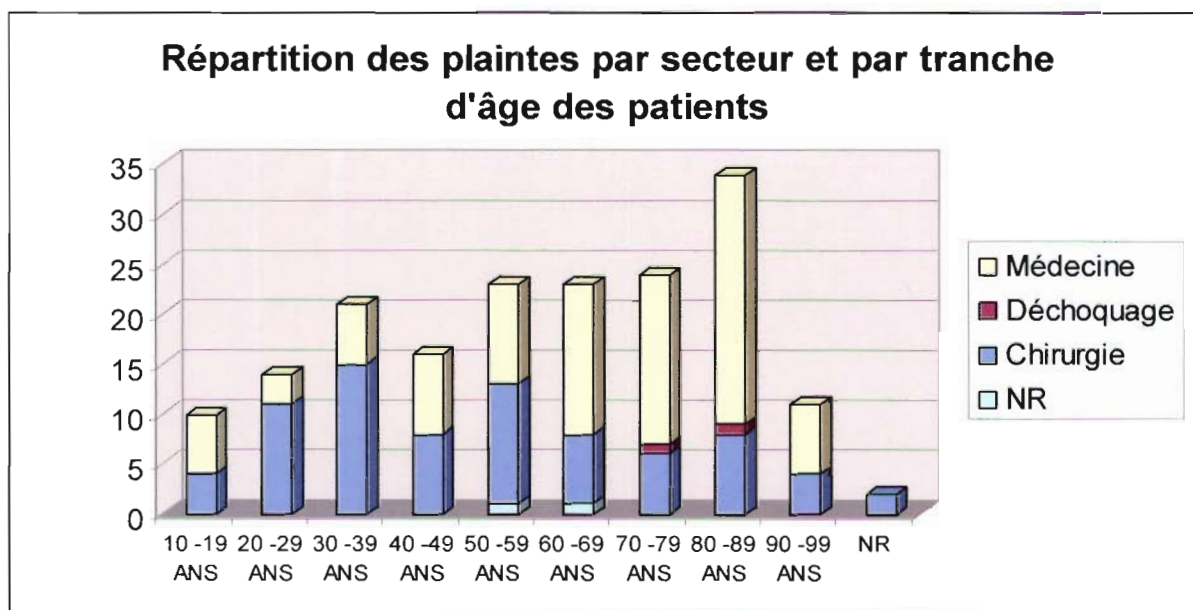


Figure 26 : Répartition des plaintes par secteurs et par tranches d'âges

En secteur de médecine, le type de plainte le plus fréquemment rencontré concerne la durée de prise en charge (32%). Ensuite arrivent les problèmes de communication et d'accueil (23%), puis les problèmes d'orientation (14%) et de non-respect des besoins élémentaires (13%).

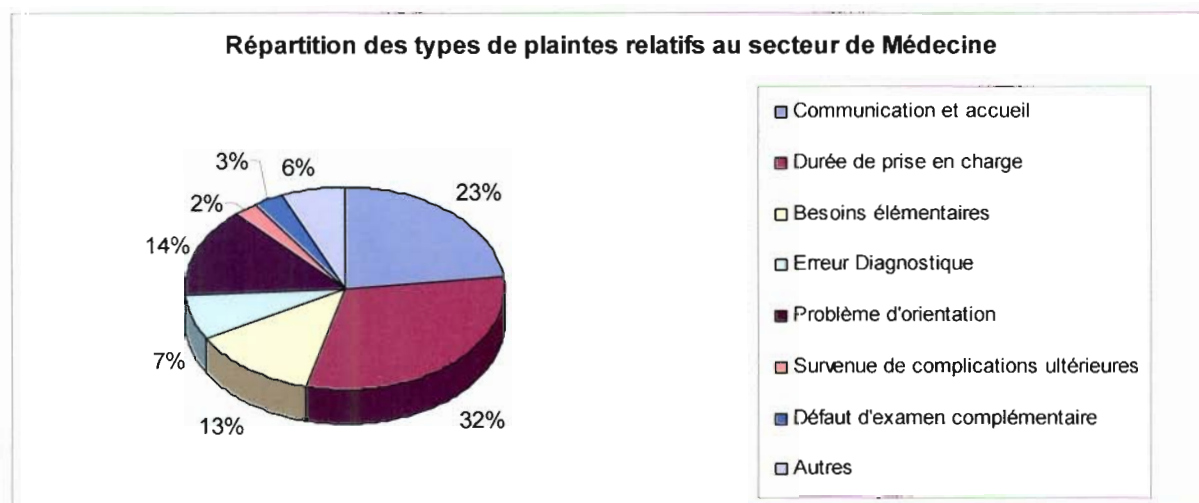


Figure 27 : Répartition des types de plaintes relatifs au secteur de Médecine

En chirurgie, le type de plainte le plus fréquemment rencontré concerne les erreurs de diagnostic (30%). Ensuite viennent les plaintes concernant des problèmes de communication et d'accueil (20%). Les motifs de plaintes suivants sont des problèmes liés à un défaut d'examens complémentaires (13%), à un problème d'orientation (11%) ainsi qu'à la durée de séjour (11%).

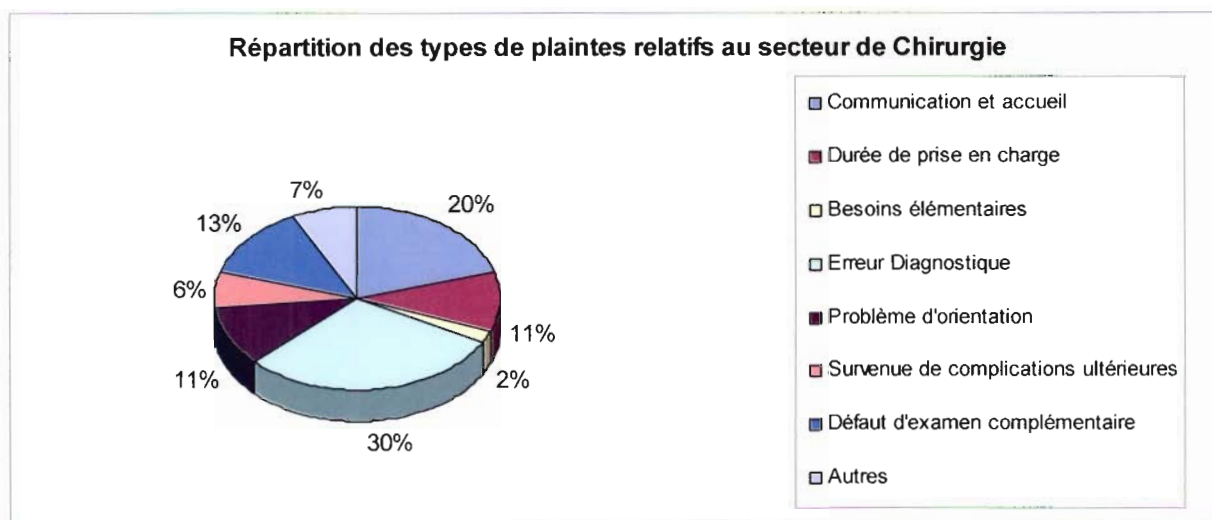


Figure 28 : Répartition des types de plaintes relatifs au secteur de Chirurgie

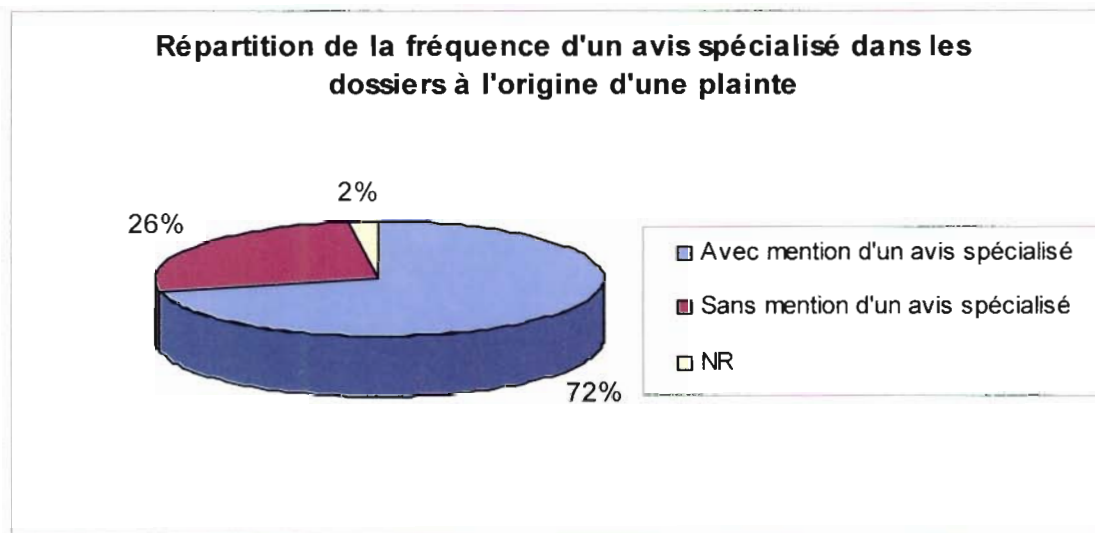
	Communication et accueil	Durée de prise en charge	Besoins élémentaires	Erreur Diagnostique	Problème d'orientation	Survenue de complications ultérieures	Défaut d'examen complémentaire	Autres
Nombre de plaintes en Chirurgie	19	10	2	28	10	6	12	7
Nombre de plaintes en Médecine	29	39	16	9	18	3	4	8

Figure 29 : Nombre de réclamations recensées en fonction du type de plaintes pour les secteur de Médecine et Chirurgie

A noter qu'une même lettre de plainte peut contenir plusieurs réclamations. Les données concernant le déchoquage ne sont pas statistiquement interprétables, étant donné la faiblesse des effectifs.

6.7 Avis spécialisés

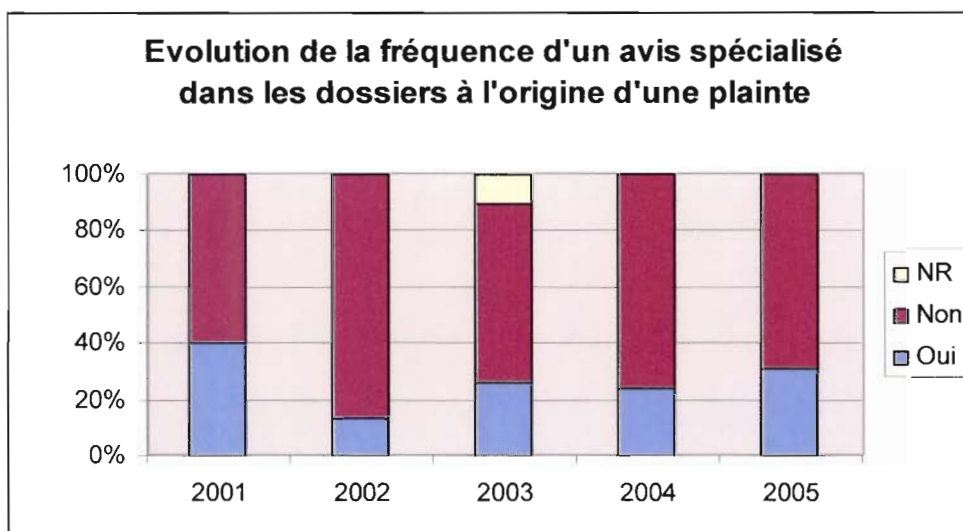
73% des dossiers analysés ayant fait l'objet d'une plainte ne mentionnent pas de recours à un avis spécialisé.



Avis spécialisé mentionné dans le dossier	Nombre de plaintes
Avec mention d'un avis spécialisé	127
Sans mention d'un avis spécialisé	47
NR	4
Total	174

Figure 30 : Répartition de la fréquence d'un avis spécialisé dans les dossiers à l'origine d'une plainte

Le taux de demande d'avis spécialisé ne semble pas suivre de loi statistique particulière eu égard aux valeurs variant d'une année à l'autre.



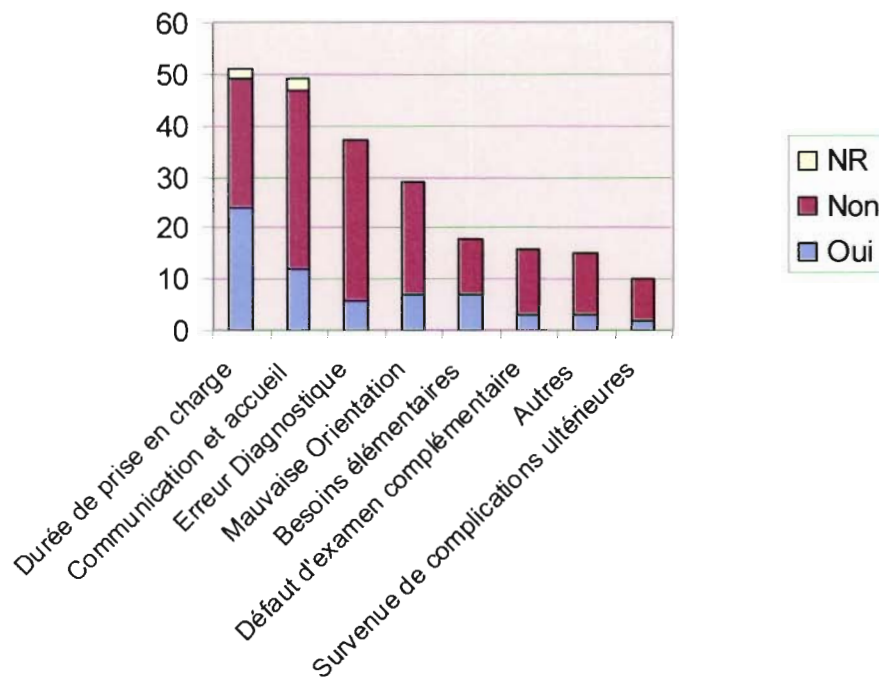
Année de passage	Recours à un avis spécialisé					
	Oui		Non		NR	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
2001	10	40,0%	15	60,0%	0	0,0%
2002	3	13,0%	20	87,0%	0	0,0%
2003	10	26,3%	24	63,2%	4	10,5%
2004	15	23,8%	48	76,2%	0	0,0%
2005	9	31,0%	20	69,0%	0	0,0%

Figure 31 : Evolution de la fréquence d'un avis spécialisé dans les dossiers à l'origine d'une plainte

L'étude du ratio entre l'existence ou non d'un avis spécialisé en fonction du type de plaintes permet de constater que 47,1% des dossiers ayant conduit à une plainte pour «durée de séjour trop importante» mentionnent un avis spécialisé. Tous les autres types de plaintes affichent un taux de recours à un avis spécialisé inférieur à 38,9%, ce chiffre correspondant aux plaintes liées à un non-respect des besoins élémentaires.

Il n'y a pas d'avis spécialisés mentionnés dans les dossiers pour 83,8% des plaintes évoquant une erreur de diagnostic. Aucune demande d'avis spécialisé n'apparaît également pour 81,3% des plaintes associées à un défaut d'examen complémentaire, 80% des plaintes pour survenue de complications ultérieures, ainsi que 75,9% des plaintes liées à une mauvaise orientation.

Présence d'un avis spécialisé en fonction du type de plainte dans les dossiers à l'origine d'une plainte

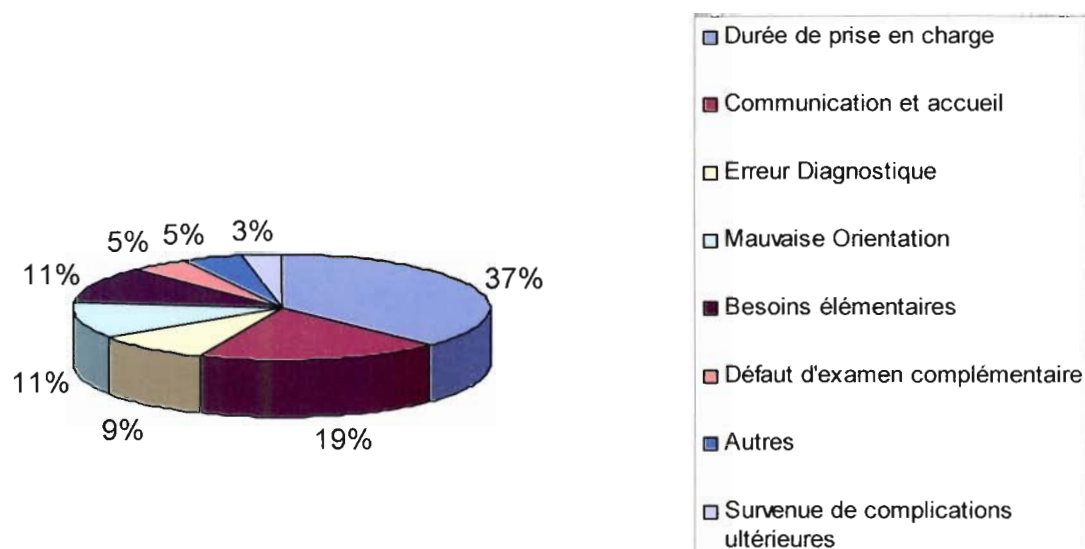


Type de plaintes	Présence d'un avis spécialisé					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Durée de prise en charge	24	47,1%	25	49,0%	2	3,9%
Communication et accueil	12	24,5%	35	71,4%	2	4,1%
Erreur Diagnostique	6	16,2%	31	83,8%		0,0%
Mauvaise Orientation	7	24,1%	22	75,9%		0,0%
Besoins élémentaires	7	38,9%	11	61,1%		0,0%
Défaut d'examen complémentaire	3	18,8%	13	81,3%		0,0%
Autres	3	20,0%	12	80,0%		0,0%
Survenue de complications ultérieures	2	20,0%	8	80,0%		0,0%
Total	64		157		4	

Figure 32 : Présence d'un avis spécialisé en fonction du type de plainte dans les dossiers à l'origine d'une plainte

En analysant la répartition des types de plaintes parmi les dossiers mentionnant un avis spécialisé, nous constatons que le motif principal de plainte concerne la durée de prise en charge (37,5%).

Répartition des types de plaintes pour les dossiers comportant un avis spécialisé

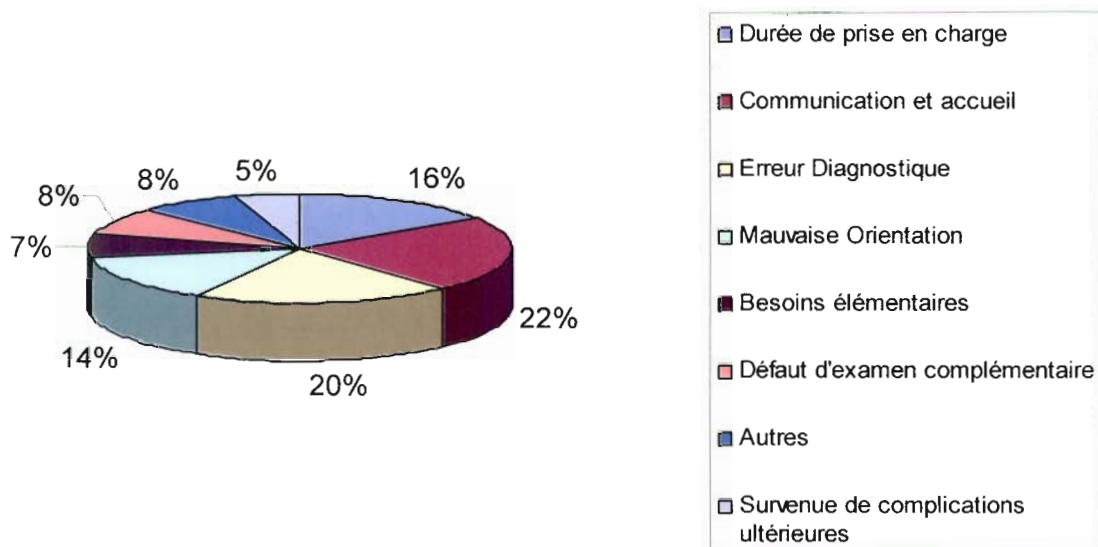


Type de plaintes	Dossier avec avis spécialisé	
	Effectif	%
Durée de prise en charge	24	37,5%
Communication et accueil	12	18,8%
Erreur Diagnostique	6	9,4%
Mauvaise Orientation	7	10,9%
Besoins élémentaires	7	10,9%
Défaut d'examen complémentaire	3	4,7%
Autres	3	4,7%
Survenue de complications ultérieures	2	3,1%
Total	64	100,0%

Figure 33 : Répartition des types de plainte pour les dossiers comportant un avis spécialisé

Lorsqu'il n'y a pas d'avis spécialisé mentionné dans le dossier, les motifs principaux de plainte retrouvés relèvent de problèmes de communication et d'accueil pour 22,3%, et des erreurs de diagnostic pour 19,7%.

Répartition des types de plaintes pour les dossiers ne comportant pas d'avis spécialisé

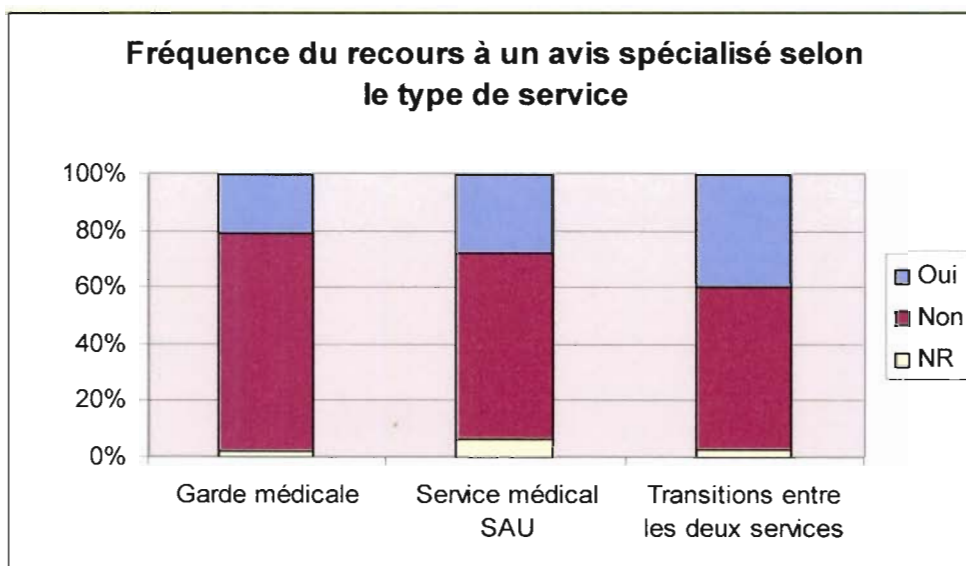


Type de plaintes	Dossier sans avis spécialisé	
	Effectif	%
Communication et accueil	35	22,3%
Erreur Diagnostique	31	19,7%
Durée de prise en charge	25	15,9%
Mauvaise Orientation	22	14,0%
Défaut d'examen complémentaire	13	8,3%
Autres	12	7,6%
Besoins élémentaires	11	7,0%
Survenue de complications ultérieures	8	5,1%
Total	157	100,0%

Figure 34 : Répartition des types de plainte pour les dossiers ne comportant pas d'avis spécialisé

Le graphique suivant montre qu'il y a davantage de recours à un avis spécialisé dans les dossiers des patients ayant été vus pendant le service médical dit normal (28,1%) que pour les patients vus pendant le service dit de garde (20,8%).

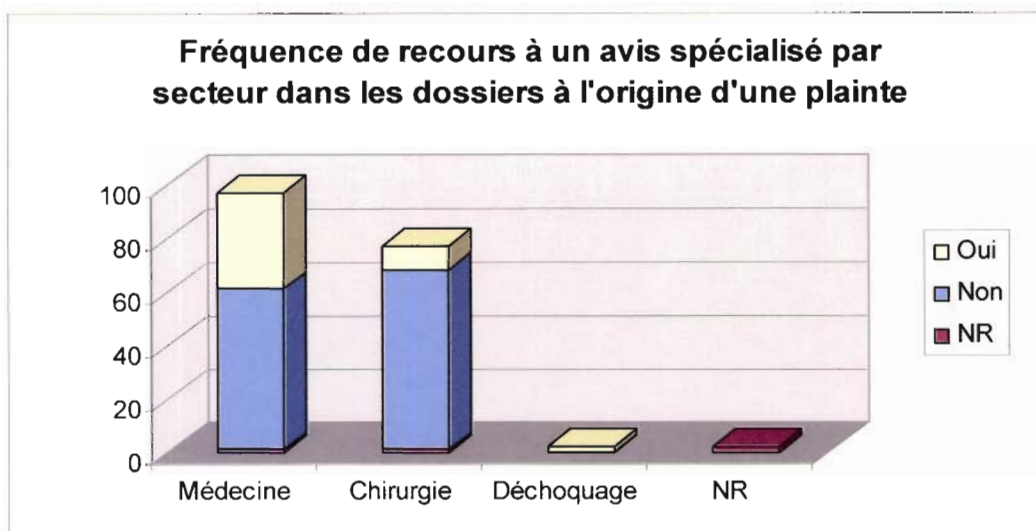
Il y a encore plus de recours à un avis spécialisé lorsque la période de passage du patient correspond à une période de transition entre les deux services (40%).



Type de service	Recours à un avis spécialisé					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Garde médicale	22	20,8%	82	77,4%	2	1,9%
Service médical SAU	9	28,1%	21	65,6%	2	6,3%
Transitions entre les deux services	16	40,0%	23	57,5%	1	2,5%
Total	47	26,4%	126	70,8%	5	2,8%

Figure 35 : Fréquence du recours à un avis spécialisé selon le type de service

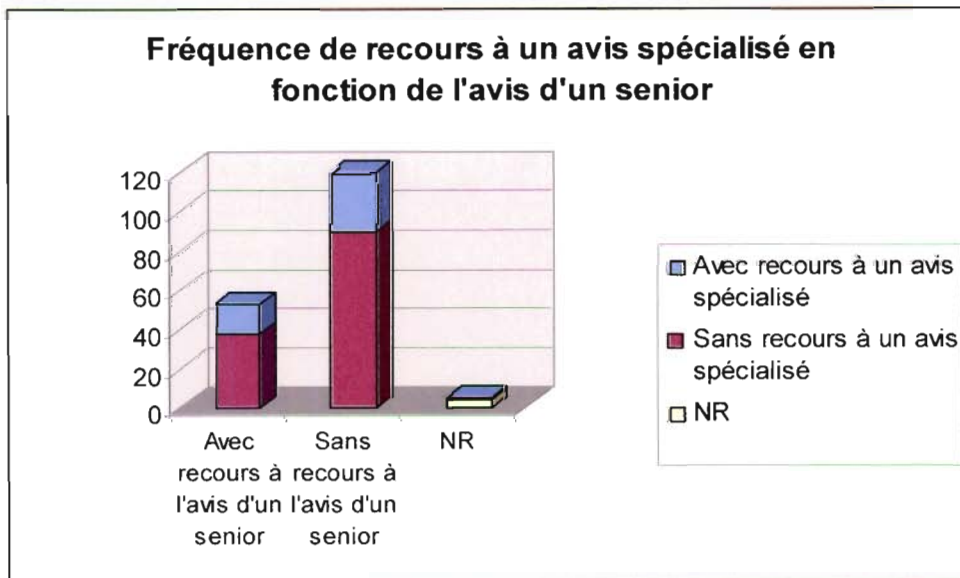
Le taux de recours à un avis spécialisé est beaucoup plus important dans le secteur de médecine (37,1 %) que dans le secteur de chirurgie (11,7 %).



Secteur	Recours à un avis spécialisé					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Médecine	36	37,1%	60	61,9%	1	1,0%
Chirurgie	9	11,7%	67	87,0%	1	1,3%
Déchoquage	2	100,0%		0,0%		0,0%
NR		0,0%		0,0%	2	100,0%

Figure 36 : Fréquence du recours à un avis spécialisé selon le secteur dans les dossiers à l'origine d'une plainte

L'intervention d'un médecin senior n'affecte pas de façon significative la fréquence du recours à un avis spécialisé.



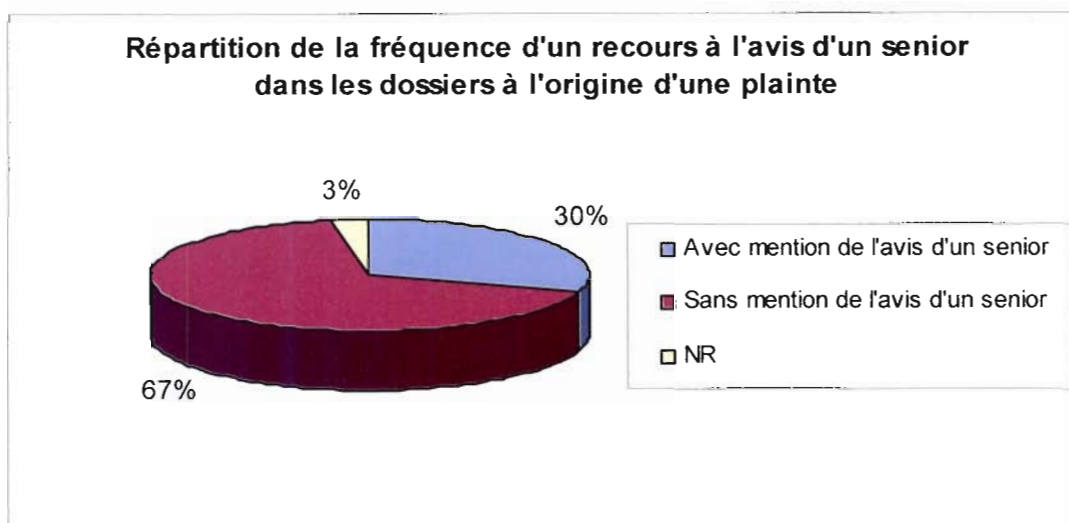
Recours à un avis spécialisé	Recours à l'avis d'un senior					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	15	31,9%	31	66,0%	1	2,1%
Non	38	29,9%	89	70,1%	0	0,0%
NR	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%

Figure 37 : Fréquence du recours à un avis spécialisé en fonction de l'avis d'un senior

6.8 Intervention des médecins seniors

6.8.1 Recours à l'avis d'un senior

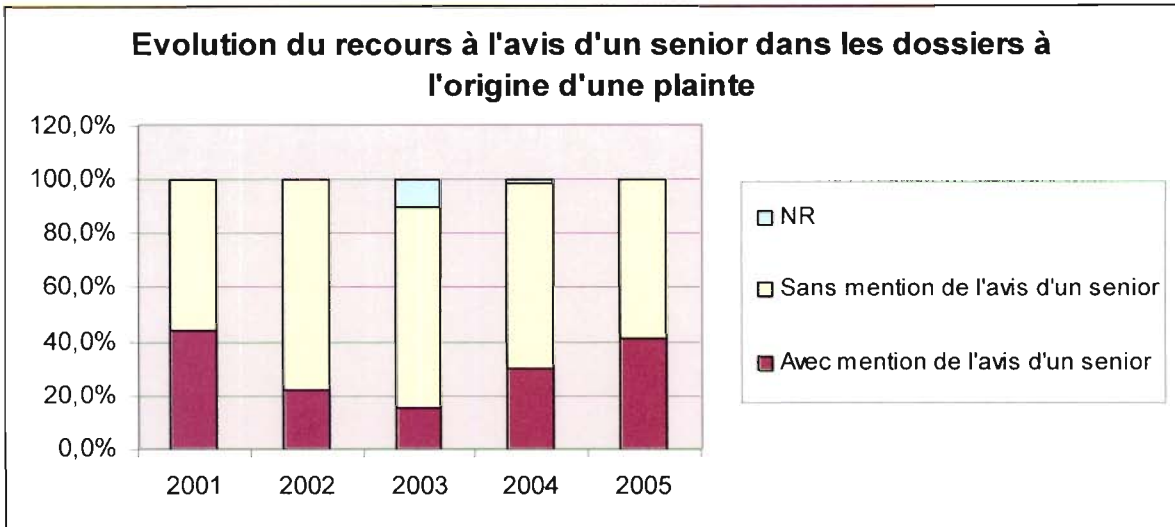
Dans 67% des dossiers analysés, il n'est pas fait mention de l'intervention d'un médecin senior lors de la prise en charge du patient.



Recours à l'avis d'un senior	Nombre de plaintes
Avec mention de l'avis d'un senior	53
Sans mention de l'avis d'un senior	120
NR	5
Total	178

Figure 38 : Répartition de la fréquence d'un recours à l'avis d'un senior dans les dossiers à l'origine d'une plainte

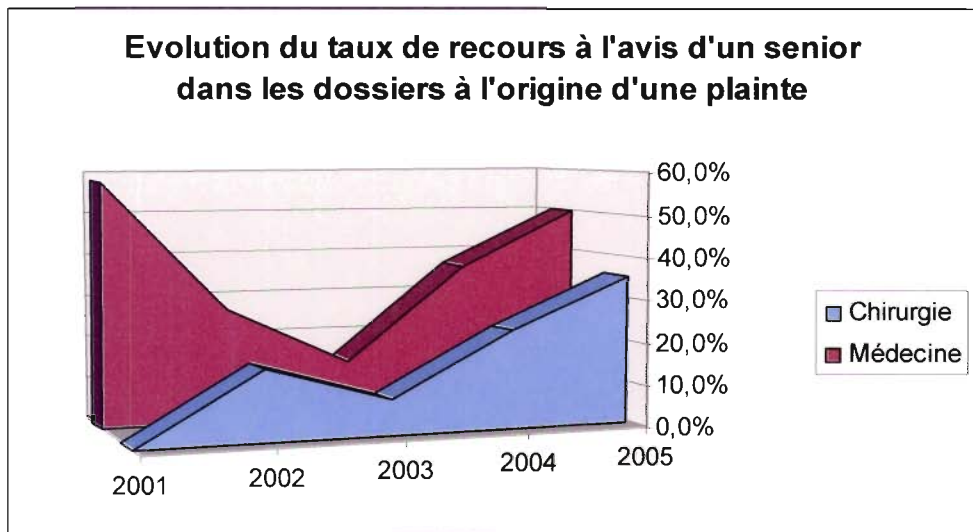
L'étude de la proportion de recours à un avis senior pour chaque année montre que, après avoir diminué progressivement entre 2001 et 2003, la proportion de recours à l'avis d'un senior augmente à nouveau en 2004 puis en 2005. En 2005 le taux de recours à l'avis d'un senior (41,4%) est toujours moins important qu'il ne l'était en 2001 (44%).



Année de passage	Recours à l'avis d'un senior					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
2001	11	44,0%	14	56,0%		0,0%
2002	5	21,7%	18	78,3%		0,0%
2003	6	15,8%	28	73,7%	4	10,5%
2004	19	30,2%	43	68,3%	1	1,6%
2005	12	41,4%	17	58,6%		0,0%

Figure 39 : Evolution du taux de recours à l'avis d'un senior

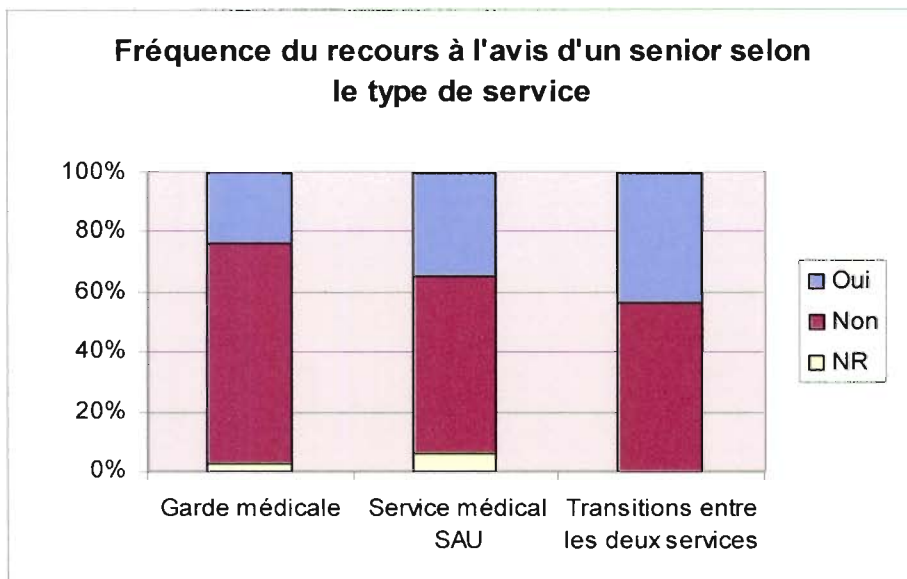
Le taux de recours à l'avis d'un senior n'a fait que progresser depuis 2003, tant en médecine qu'en chirurgie.



Année de passage	Taux de recours à un avis senior			
	Chirurgie		Médecine	
	Effectif	%	Effectif	%
2001	6	0,0%	19	57,9%
2002	12	16,7%	11	27,3%
2003	12	8,3%	22	13,6%
2004	30	23,3%	33	36,4%
2005	17	35,3%	12	50,0%

Figure 40 : Evolution du taux de recours à l'avis d'un senior selon le secteur

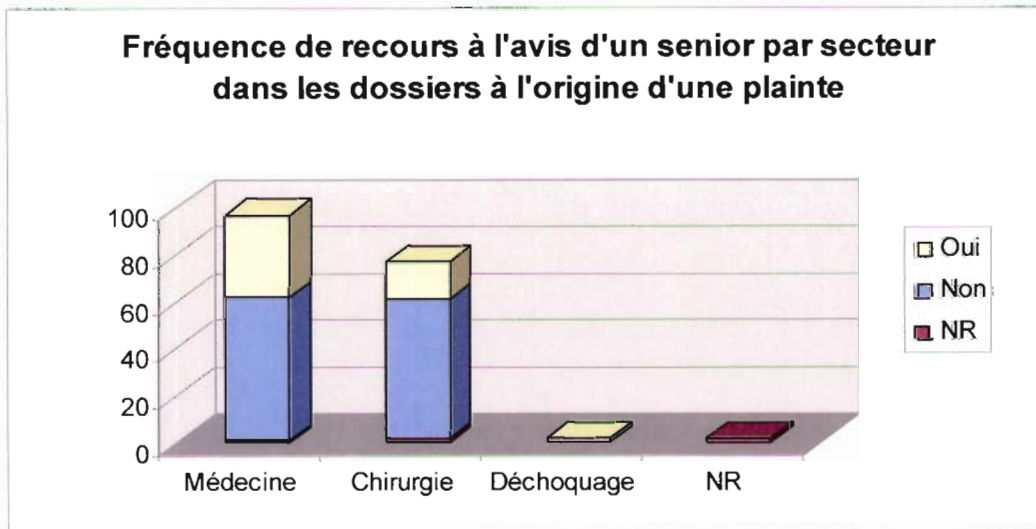
Il y a plus de recours à l'avis d'un senior dans les dossiers des patients ayant été vus durant le service dit médical normal (34,4%) que dans le service dit de garde (23,6%). Pour les patients présents durant une période de transition entre deux services, le taux de recours à l'avis d'un senior est encore plus important (43,6%).



Type de service	Recours à l'avis d'un senior					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Garde médicale	25	23,6%	78	73,6%	3	2,8%
Service médical SAU	11	34,4%	19	59,4%	2	6,3%
Transitions entre les deux services	17	43,6%	22	56,4%		0,0%
NR		0,0%	1	100,0%		0,0%
Total	53	29,8%	120	67,4%	5	2,8%

Figure 41 : Fréquence du recours à l'avis d'un senior selon le type de service

Il y a statistiquement plus de recours à l'avis du senior dans le secteur de médecine (36,1%) que dans le secteur de chirurgie (20,8%).

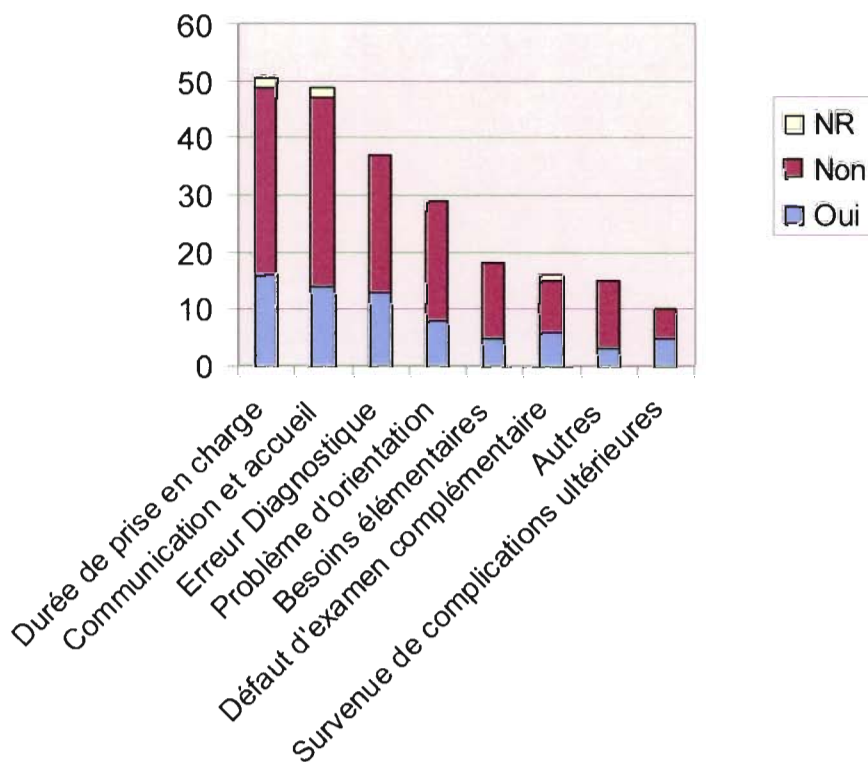


Secteur	Recours à l'avis d'un senior					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Médecine	35	36,1%	61	62,9%	1	1,0%
Chirurgie	16	20,8%	59	76,6%	2	2,6%
Déchoquage	2	100,0%		0,0%		0,0%
NR		0,0%		0,0%	2	100,0%

Figure 42 : Fréquence du recours à l'avis d'un senior en fonction du secteur

L'étude du type de plainte en fonction du recours ou non à l'avis d'un senior met en évidence que les quatre premiers motifs de plainte sont les mêmes dans les deux catégories.

Présence de l'avis d'un senior en fonction du type de plaintes dans les dossiers à l'origine d'une plainte



Type de plaintes	Présence de l'avis d'un senior					
	Oui		Non		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Durée de prise en charge	16	31,4%	33	64,7%	2	3,9%
Communication et accueil	14	28,6%	33	67,3%	2	4,1%
Erreur Diagnostique	13	35,1%	24	64,9%		0,0%
Problème d'orientation	8	27,6%	21	72,4%		0,0%
Besoins élémentaires	5	27,8%	13	72,2%		0,0%
Défaut d'examen complémentaire	6	37,5%	9	56,3%	1	6,3%
Autres	3	20,0%	12	80,0%		0,0%
Survenue de complications ultérieures	5	50,0%	5	50,0%		0,0%
Total	70		150		5	

Figure 43 : Présence de l'avis d'un senior en fonction du type de plaintes dans les dossiers à l'origine d'une plainte

Répartition des types de plaintes pour les dossiers comportant l'avis d'un senior

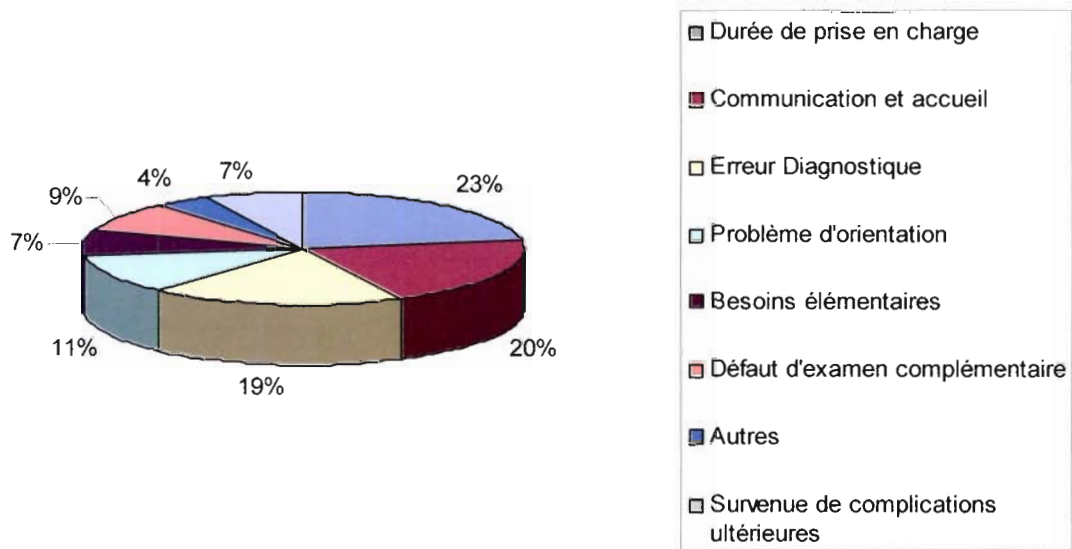


Figure 44 : Répartition des types de plaintes pour les dossiers comportant l'avis d'un senior

Répartition des types de plaintes pour les dossiers ne comportant pas l'avis d'un senior

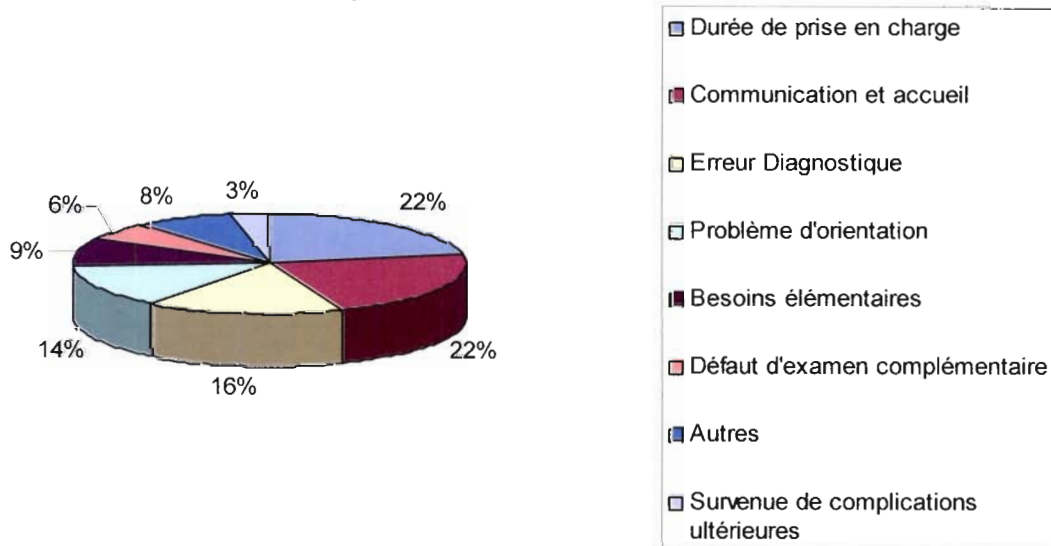
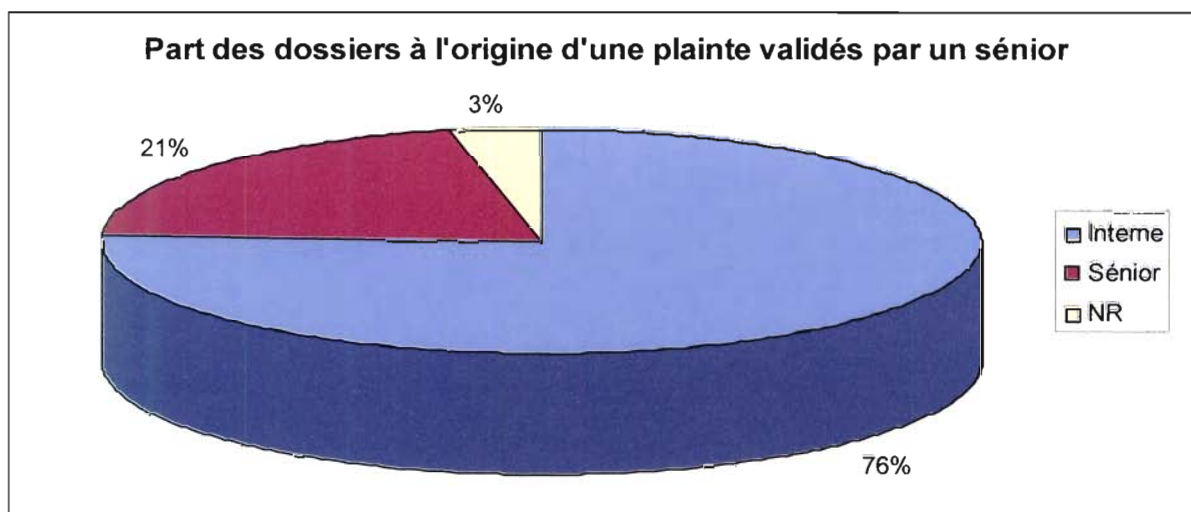


Figure 45 : Répartition des types de plaintes pour les dossiers ne comportant pas l'avis d'un senior

6.8.2 Validation des dossiers par les seniors

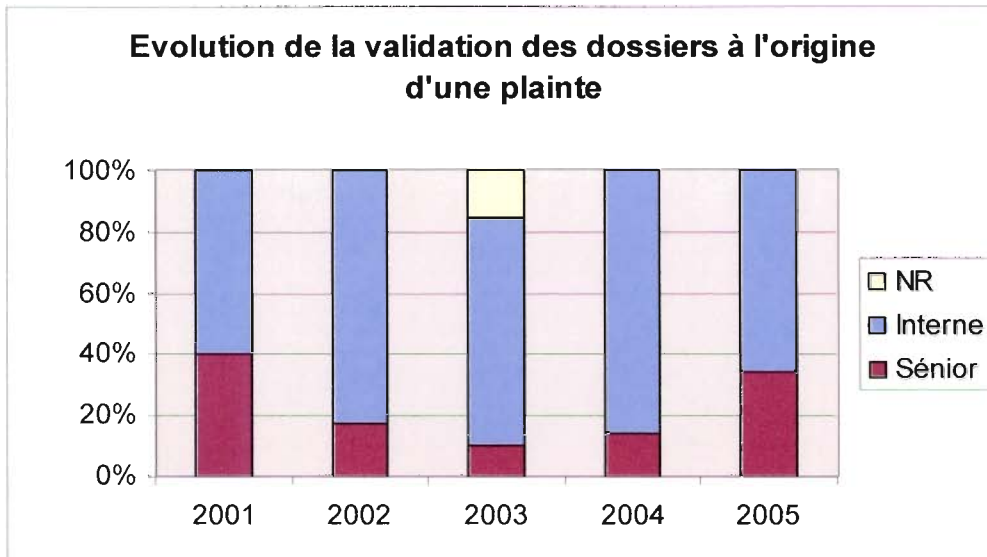
76% des dossiers de passage de patients au Service d'Accueil des Urgences ayant conduit à une lettre de plainte ont été validés par un interne, un résident ou un FFI, et seulement 21 % par un médecin senior.



Validation des dossiers	Nombre de plaintes
Interne	135
Senior	37
NR	6

Figure 46 : Part des dossiers à l'origine d'une plainte validés par un senior

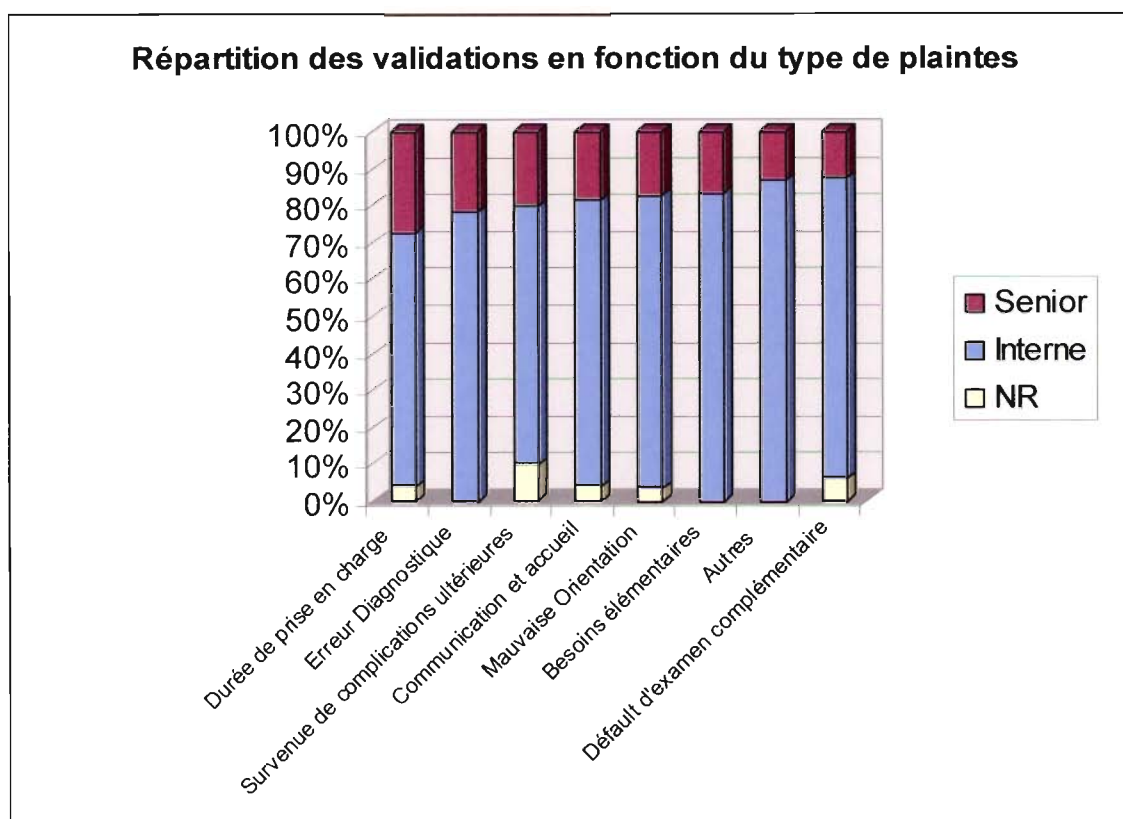
La forme de la courbe d'évolution de la validation par un senior des dossiers à l'origine d'une plainte est proche de celle indiquant l'évolution du recours à un avis senior, c'est à dire en forme de baignoire avec un creux en 2003.



Date de passage	Type de validation					
	Interne		Senior		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
2001	15	60,0%	10	40,0%		0,0%
2002	19	82,6%	4	17,4%		0,0%
2003	28	73,7%	4	10,5%	6	15,8%
2004	54	85,7%	9	14,3%		0,0%
2005	19	65,5%	10	34,5%		0,0%

Figure 47 : Evolution de la validation des dossiers à l'origine d'une plainte

Il y a moins de plaintes pour survenue de complications ultérieures lorsque le dossier est validé par un senior que s'il y a simplement l'apparition de l'avis d'un senior dans le dossier.



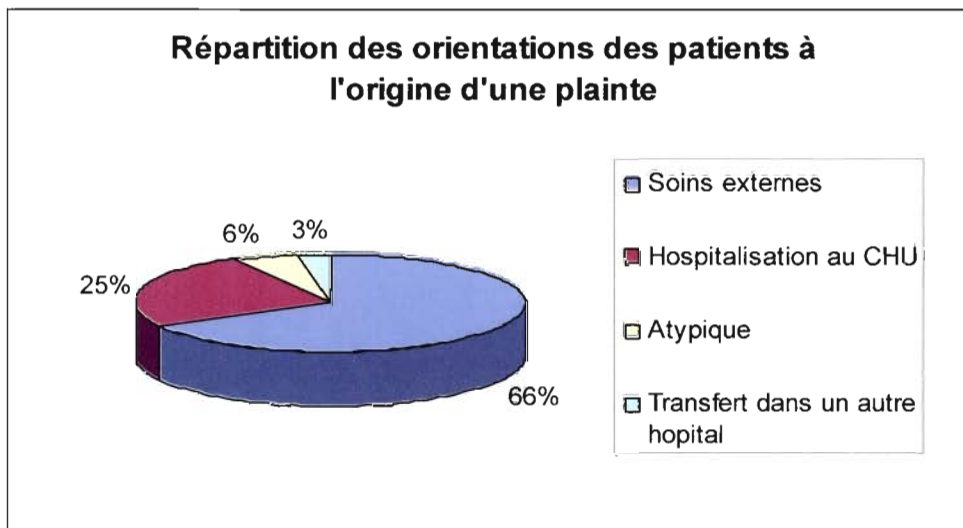
Types de plaintes	Validation des dossiers					
	Interne		Senior		NR	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Durée de prise en charge	35	68,6%	14	27,5%	2	3,9%
Erreur Diagnostique	29	78,4%	8	21,6%	0	0,0%
Survenue de complications ultérieures	7	70,0%	2	20,0%	1	10,0%
Communication et accueil	38	77,6%	9	18,4%	2	4,1%
Mauvaise Orientation	23	79,3%	5	17,2%	1	3,4%
Besoins élémentaires	15	83,3%	3	16,7%	0	0,0%
Autres	13	86,7%	2	13,3%	0	0,0%
Défaut d'examen complémentaire	13	81,3%	2	12,5%	1	6,3%

Figure 48 : Répartition des validations en fonction du type de plaintes

6.9 Orientation du patient

La majorité des plaintes (66%) concerne des patients qui sont retournés à leur domicile à la suite de leur passage au Service d'Accueil des Urgences. Dans un cas sur quatre seulement, les patients ont été hospitalisés. Un pourcentage non négligeable de plaintes (6%) est survenu à la suite d'une sortie atypique (sortie contre avis, fugue...). Quelques plaintes correspondant

à des patients ayant été transférés dans un autre hôpital (3 %) ont également été recensées.

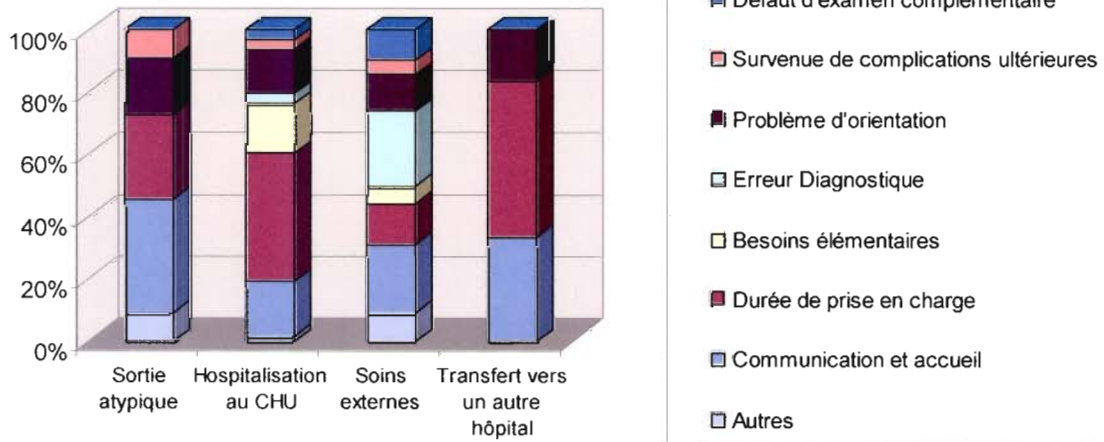


Orientation	Nombre de plaintes
Soins externes	119
Hospitalisation au CHU	44
Atypique	10
Transfert dans un autre hôpital	5
Total	178

Figure 49 : Répartition des orientations des patients à l'origine d'une plainte

L'étude du type de plaintes rencontré en fonction de l'orientation du patient a permis de montrer que le motif de plainte principal, lorsque le patient n'a pas été hospitalisé, concerne les erreurs de diagnostic suivi de près par les problèmes de communication et d'accueil. Lorsque le patient a été hospitalisé au CHU, le motif principal de plaintes est la durée de prise en charge.

Type de plaintes en fonction de l'orientation du patient



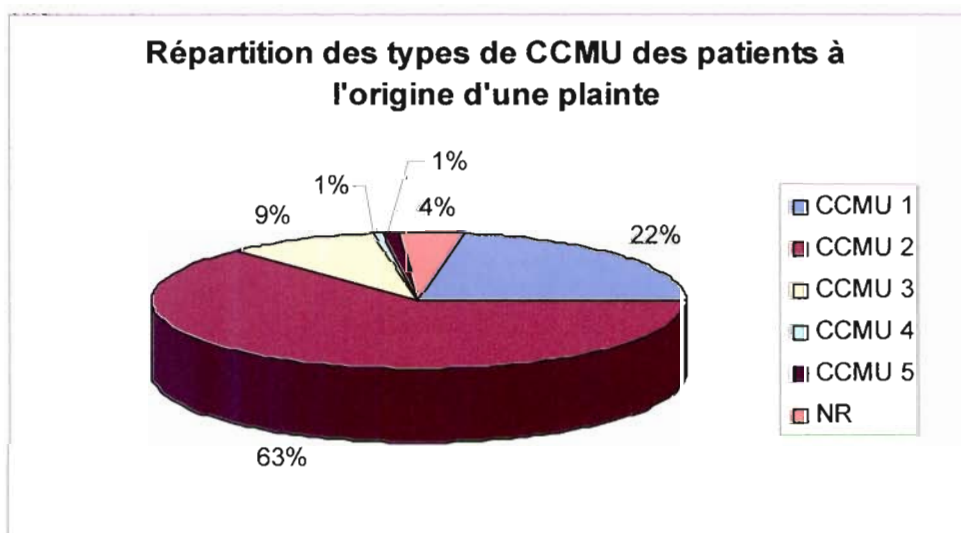
Orientation du patient / Type de plainte	Communication et accueil	Durée de prise en charge	Besoins élémentaires	Erreur Diagnostique	Problème d'orientation	Survenue de complications ultérieures	Défaut d'examen complémentaire	Autres	Total
Sortie atypique	4	3	0	0	2	1	0	1	11
Hospitalisation au CHU	11	26	10	2	9	2	2	1	63
Soins externes	32	19	8	35	17	7	14	13	145
Transfert vers un autre hôpital	2	3	0	0	1	0	0	0	6

Orientation du patient / Type de plainte	Communication et accueil	Durée de prise en charge	Besoins élémentaires	Erreur Diagnostique	Problème d'orientation	Survenue de complications ultérieures	Défaut d'examen complémentaire	Autres	Total
Sortie atypique	36,4%	27,3%	0,0%	0,0%	18,2%	9,1%	0,0%	9,1%	100,0%
Hospitalisation au CHU	17,5%	41,3%	15,9%	3,2%	14,3%	3,2%	3,2%	1,6%	100,0%
Soins externes	22,1%	13,1%	5,5%	24,1%	11,7%	4,8%	9,7%	9,0%	100,0%
Transfert vers un autre hôpital	33,3%	50,0%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Figure 50 : Répartition des types de plaintes en fonction de l'orientations des patients

6.10 Classification Clinique des Malades des Urgences

Par ordre de fréquence décroissante, nous retrouvons la CCMU 2 (63%), la CCMU 1 (22%), la CCMU 3 (9%), la CCMU 4 (1%) et enfin la CCMU 5 (1 %).



Type de CCMU	Effectif	%
CCMU 1	39	21,9%
CCMU 2	113	63,5%
CCMU 3	16	9,0%
CCMU 4	1	0,6%
CCMU 5	2	1,1%
NR	7	3,9%
Total	178	100,0%

Figure 51 : Répartition des types de CCMU des patients à l'origine d'une plainte

6.11 Motif de venue

Il convient de noter la variété des motifs de venue ayant abouti au dépôt d'une plainte. Le motif de venue le plus fréquent se rapporte à une chute (15,7%). Ensuite les patients pour lesquels une plainte a été déposée sont venus consulter pour des problèmes neurologiques (9,6%). Le motif de prise en charge se rapportant à l'altération de l'état général représente 8,4% des plaintes. Les thèmes de consultation liés à des douleurs abdominales et à des agressions (7,3%) sont rencontrés de façon équivalente.

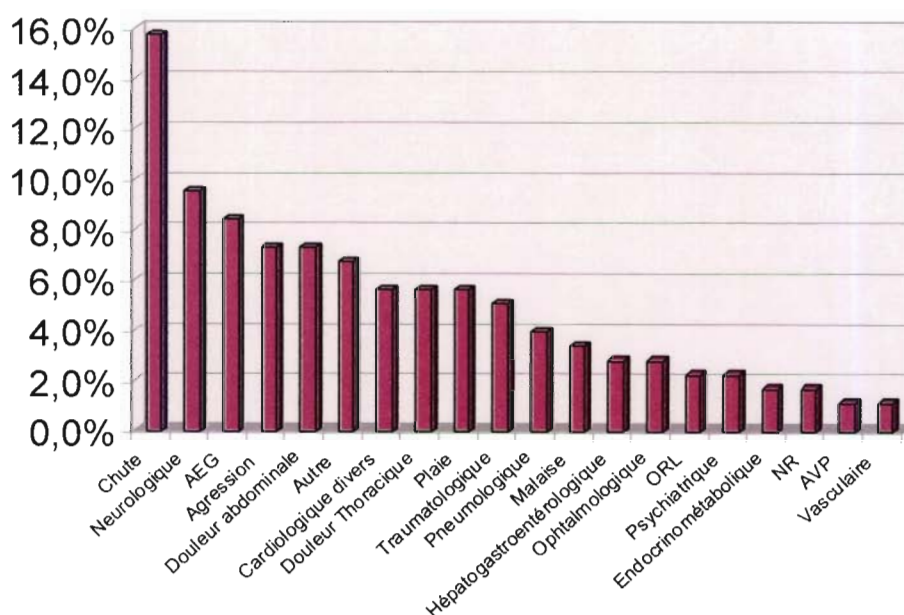
Les douleurs thoraciques et les problèmes cardiologiques divers représentent chacun 5,6%. En regroupant ces deux derniers motifs en problèmes cardiologiques potentiels et avérés, il ressort que 11,2% des motifs de prise en charge concernent un problème cardiologique.

Les motifs de consultation pour plaies et problèmes traumatologiques sont identifiés dans respectivement 5,6% et 5,1% des plaintes.

6,7% des motifs de venue n'ont pas été codifiés en raison de leur dispersion.

L'étude croisée entre le motif de plainte et le motif de venue ne permet pas d'obtenir de résultats interprétables.

Répartition des plaintes par motif de venue

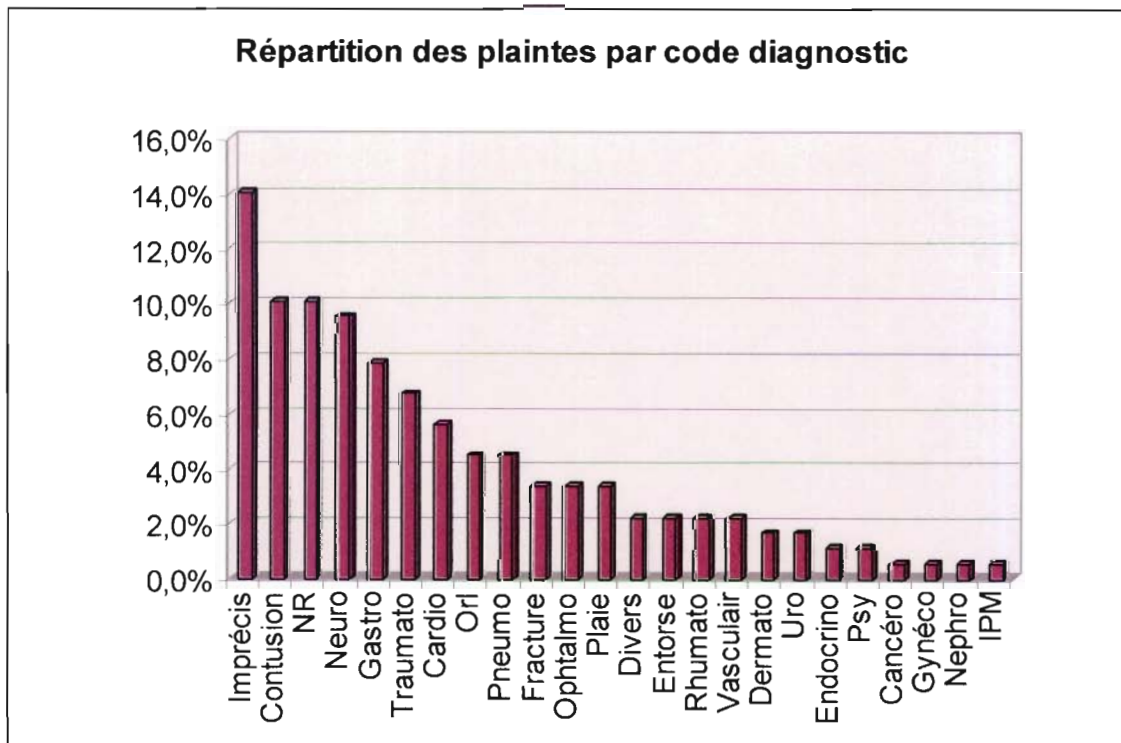


Motif de venue	Effectif	%
Chute	28	15,7%
Neurologique	17	9,6%
AEG	15	8,4%
Agression	13	7,3%
Douleur abdominale	13	7,3%
Autre	12	6,7%
Cardiologique divers	10	5,6%
Douleur Thoracique	10	5,6%
Plaie	10	5,6%
Traumatologique	9	5,1%
Pneumologique	7	3,9%
Malaise	6	3,4%
Hépatogastroentérologique	5	2,8%
Ophtalmologique	5	2,8%
ORL	4	2,2%
Psychiatrique	4	2,2%
Endocrinométabolique	3	1,7%
NR	3	1,7%
AVP	2	1,1%
Vasculaire	2	1,1%
Total	178	100,0%

Figure 52 : Répartition des plaintes par motif de venue

6.12 Diagnostic

Après regroupement en catégorie, l'étude de la fréquence des différents diagnostics posés dans les dossiers ayant conduit à une lettre de plainte permet de montrer que dans 14% des cas le diagnostic est imprécis. Des contusions ont également été diagnostiquées dans 10,1% des plaintes. Dans 9,6% des cas, le diagnostic est neurologique. Le diagnostic est d'ordre gastro-entérologique dans 7,9% des cas. Il s'agit d'un diagnostic d'ordre traumatologique dans 7,9% des lettres et d'ordre cardiologique dans 5,6% d'entre elles. Dans 4,5% des cas, il s'agit d'un diagnostic d'ordre pneumologique. Ensuite vient une dispersion des autres diagnostics.



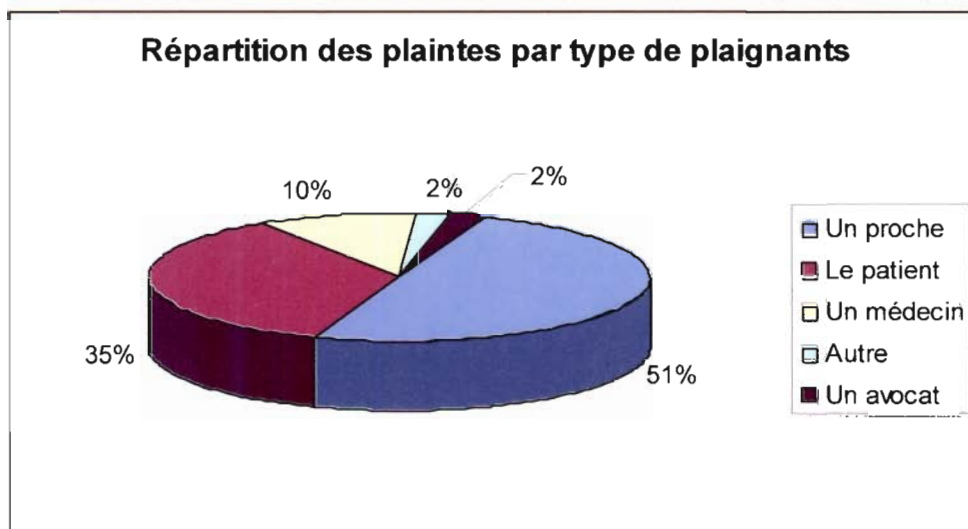
Codage diagnostique	Effectif	%
Imprécis	25	14,0%
Contusion	18	10,1%
NR	18	10,1%
Neuro	17	9,6%
Gastro	14	7,9%
Traumato	12	6,7%
Cardio	10	5,6%
Orl	8	4,5%
Pneumo	8	4,5%
Fracture	6	3,4%
Ophthalmo	6	3,4%
Plaie	6	3,4%
Divers	4	2,2%
Entorse	4	2,2%
Rhumato	4	2,2%
Vasculaire	4	2,2%
Dermato	3	1,7%
Uro	3	1,7%
Endocrino	2	1,1%
Psy	2	1,1%
Cancéro	1	0,6%
Gynéco	1	0,6%
Nephro	1	0,6%
IPM	1	0,6%
Total	178	100,0%

Figure 53 : Répartition des plaintes par code diagnostique

L'étude croisée entre le diagnostic et le motif de plainte ne permet pas d'obtenir des résultats statistiquement interprétables.

6.13 Plaignant

Le plaignant est le plus souvent un proche du patient (51% des cas). En deuxième lieu il s'agit du patient lui-même (35% des cas). Dans 10% des cas, il s'agit d'un médecin. Dans un faible nombre de cas (2%), il s'agit d'un avocat.



Nature du plaignant	Effectif	%
Un proche	89	50,0%
Le patient	63	35,4%
Un médecin	18	10,1%
Autre	4	2,2%
Un avocat	4	2,2%
Total	178	100,0%

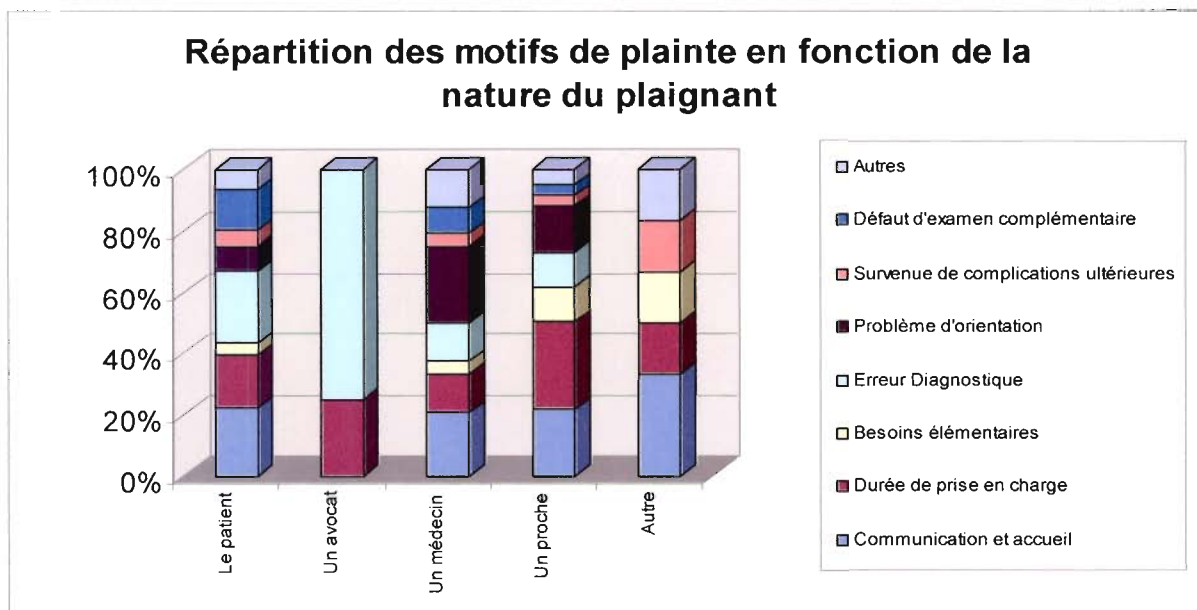
Figure 54 : Répartition des plaintes par nature du plaignant

L'étude du type de plainte en fonction de la nature du plaignant montre que lorsque le patient se plaint lui-même, le motif principal de plainte est une erreur de diagnostic (23,7%), suivi de très près par le motif de plainte lié à des problèmes de communication et d'accueil (22,4%) puis par le motif de durée de prise en charge (17,1%).

Par contre, lorsqu'il s'agit d'une plainte exprimée par un proche, le motif principal de plainte retrouvé de façon très majoritaire concerne la durée de prise en charge (28,7%). Ensuite viennent des plaintes pour des problèmes de communication et d'accueil (20,8%) et enfin pour des problèmes d'orientation (14,8%).

Lorsque la plainte émane d'un médecin, les deux motifs principaux de plaintes concernent les problèmes d'orientation (25%) et les problèmes de communication et d'accueil (20,8%).

Les plaintes émanant d'un avocat sont en effectif trop faible pour pouvoir être interprétées.



Type de plaintes	Le patient		Un avocat		Un médecin		Un proche		Autre	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Communication et accueil	17	22,4%	0	0,0%	5	20,8%	25	21,7%	2	33,3%
Durée de prise en charge	13	17,1%	1	25,0%	3	12,5%	33	28,7%	1	16,7%
Besoins élémentaires	3	3,9%	0	0,0%	1	4,2%	13	11,3%	1	16,7%
Erreur Diagnostique	18	23,7%	3	75,0%	3	12,5%	13	11,3%	0	0,0%
Problème d'orientation	6	7,9%	0	0,0%	6	25,0%	17	14,8%	0	0,0%
Survenue de complications ultérieures	4	5,3%	0	0,0%	1	4,2%	4	3,5%	1	16,7%
Défaut d'examen complémentaire	10	13,2%	0	0,0%	2	8,3%	4	3,5%	0	0,0%
Autres	5	6,6%	0	0,0%	3	12,5%	6	5,2%	1	16,7%
Total :	76	100,0%	4	100,0%	24	100,0%	115	100,0%	6	100,0%

Figure 55 : Répartition des types de plaintes par nature du plaignant

A partir de 30 ans, le patient se plaint de moins en moins lui-même selon une courbe quasi linéaire ; il s'agit de plus en plus souvent d'un proche. Les plaintes émanant d'un médecin ne sont pas réparties de manière statistiquement remarquable dans les différentes tranches d'âge. Les plaintes provenant d'un avocat concernent toutes un patient de moins de 50 ans. Elles sont cependant en nombre trop faible pour avoir une valeur statistique.

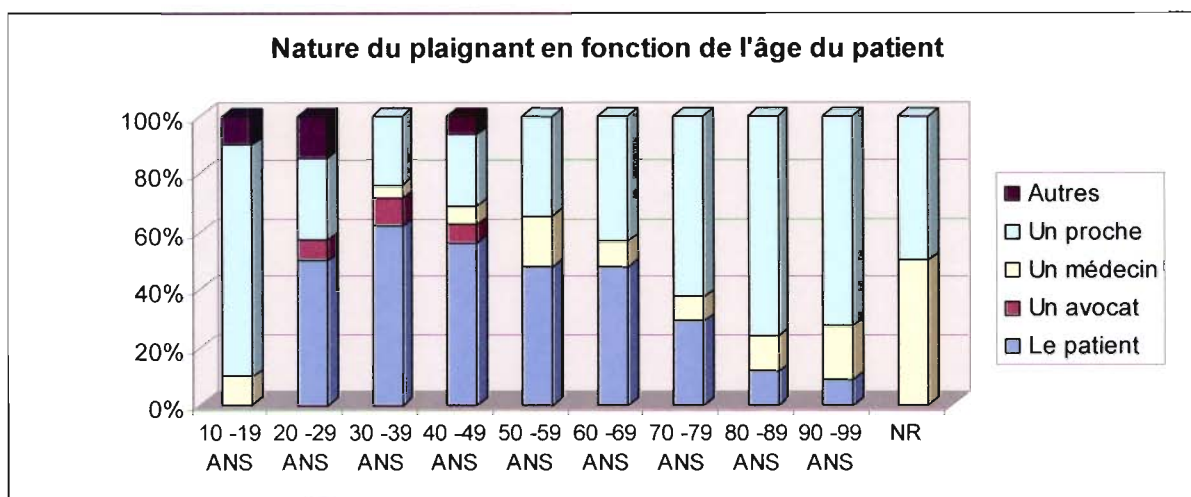


Figure 56 : Répartition des types de plaintes par nature du plaignant

6.14 Délai moyen entre la date de la plainte et la date de consultation

Le délai moyen entre la date de la plainte et la date de passage au Service d'Accueil des Urgences est de 43 jours, avec un écart type de 96,3.

6.15 Durée de prise en charge

La durée moyenne de prise en charge des patients pour lesquels une lettre nous est parvenue est de 4h55. Cette durée atteint 7h22 en moyenne pour les patients pour lesquels la plainte concerne la durée de séjour.

Dans les dossiers mentionnant un avis spécialisé, la durée de prise en charge moyenne est de 5h51, contre 4h34 lorsqu'il n'y en a pas.

La durée moyenne de prise en charge est la même, que le dossier soit validé par un interne ou un senior, c'est à dire 4h58.

6.16 Conséquences médico-légales

Seules quatre plaintes ont abouti à une conséquence médico-légale (deux plaintes au tribunal administratif, une au Tribunal de Grande Instance, et une responsabilité civile)

Discussion

7 Discussion

7.1 Méthodologie

Ce travail, mené de façon multicentrique à partir d'un questionnaire préétabli, poursuit un objectif essentiellement descriptif. Il vise, au sein de la population consultante du service d'accueil des urgences, à identifier et caractériser un collectif d'individus qui se plaint de manière écrite après son passage et à en ressortir les caractéristiques ayant conduit à la plainte. Toutefois, son caractère rétrospectif induit un biais de recrutement inévitable. De plus ce travail ne concerne que l'étude des lettres sans prendre en compte les éventuelles réclamations exprimées oralement. Ces dernières n'ont pas pu être examinées étant donné l'absence de traces écrites.

L'interprétation qui peut être faite des résultats de cette étude doit être nuancée par un certain nombre de facteurs qu'il convient de discuter et qui constituent probablement des biais :

- la lecture des lettres de réclamations et l'analyse des motifs de plaintes exprimées sont par nature subjectives. Toutefois cette analyse a été réalisée par une seule et même personne sur l'ensemble des dossiers. Cette égalité de traitement tend d'une certaine manière à accroître le degré de cohérence dans l'analyse des différents dossiers.
- il a été considéré dès le début de l'étude que tous les dossiers étaient mis à notre disposition. Compte tenu de l'évolution de la structure du service durant les années étudiées, la collecte des dossiers des lettres de plaintes a fait intervenir de nombreux intervenants. Il nous est en conséquence impossible de garantir l'exhaustivité des dossiers de plaintes collectées.

- certains dossiers ou lettres examinés ne contenaient parfois pas toutes les données permettant de compléter la grille d'analyse utilisée. Il nous a cependant semblé préférable de n'exclure aucun dossier afin de ne pas réduire la taille de l'échantillon.
- il y a eu une certaine mouvance dans l'organisation du service au fil des années étudiées (changement de médecins, de chef de service, déménagement...) qui a engendré une modification probable des circonstances pouvant conduire aux plaintes.

7.2 Évolution du nombre de plaintes en fonction des années

L'observation du nombre de plaintes en fonction des années met en évidence un pic en 2004. En 2001 et 2002 le nombre de plaintes était assez stable, il a ensuite augmenté progressivement jusqu'au sommet de 2004 pour redescendre de façon conséquente en 2005. Parallèlement nous constatons que la fréquentation des urgences a suivi des variations similaires mais dans des proportions différentes.

	2001	2002	2003	2004	2005	Global
Nombre d'admissions	37975	37849	40505	45454	43961	205744
Nombre de plaintes	25	23	38	63	29	178
Incidence (pour milles)	0,658	0,608	0,938	1,386	0,660	0,865

Figure 57 : Incidence des plaintes de 2001 à 2005

Afin de comparer un nombre de plaintes à population constante, nous introduisons l'incidence, définie par le rapport entre le nombre de plaintes et le nombre total d'admissions pour une année donnée. L'incidence augmente progressivement jusqu'en 2004 puis diminue considérablement en 2005.

Nous ne disposons pas d'étude bibliographique sur les mêmes années permettant de comparer la situation de Nancy par rapport à d'autres centres.

7.3 Profil de la population à l'origine d'une plainte

Le patient pour lequel nous avons reçu une lettre de plainte est majoritairement une femme. Si ceci est cohérent avec les données de la littérature [2, 27, 28], il est à noter que la répartition des sexes de la population des patients à l'origine d'une plainte n'est pas homogène à la population totale fréquentant le SAU. La tendance est effectivement inversée avec 55,5% d'hommes en moyenne sur les années 2003, 2004 et 2005 ayant bénéficié du service des urgences.

Le patient objet de la plainte est en moyenne âgé de 58,9 ans avec des extrêmes allant de 15 à 91 ans. Ceci est supérieur aux données observées dans certaines études bibliographiques [2,29]. Mais il faut noter qu'il s'agit dans la littérature de Services d'Accueil des Urgences accueillant également les urgences pédiatriques, ce qui n'est pas le cas à Nancy. Cependant l'âge moyen de consultation aux urgences pour l'ensemble des passages observés entre 2001 et 2005 est plus faible de 13,2 ans que l'âge moyen des patients liés à une plainte. La population pour laquelle une plainte a été déposée est donc plus vieille que la population générale fréquentant les urgences. La population plus âgée présente-elle des pathologies plus lourdes ? Est-ce que la population plus âgée dispose de moins de capacités d'adaptation que la population jeune ?

L'âge moyen des patients à l'origine d'une plainte est supérieur chez les femmes avec 61,7 ans contre 55,1 chez les hommes, ce qui se retrouve dans les données de la bibliographie où nous relevons un âge moyen de 53 ans pour les femmes et 37 pour les hommes [2].

La notion de patients « procéduriers » n'a pas pu être évaluée. Les antécédents de plaintes sont inconnus, mais aucun patient n'est apparu à l'origine de plus d'une plainte au cours des années étudiées.

7.4 Mode de venue des patients au Service d'Accueil des Urgences

En l'absence de données comparables sur la répartition des modes de venue, entre celles utilisées dans la lecture des dossiers ayant conduit à une plainte et celles relatives à la population générale fréquentant les urgences, il est difficile d'interpréter les résultats obtenus.

Par contre, l'étude croisée entre le motif de plaintes et le mode de venue donne des renseignements intéressants. En effet, nous avons constaté que les patients amenés par ambulance se plaignent beaucoup plus de problèmes de durée de séjour. Ceci nous amène à nous poser des questions sur le mode d'accueil des patients venant en ambulance. Y a-t-il un délai supplémentaire dans leur mode d'accueil ? Leur prise en charge est-elle plus complexe ? Leur prise en charge leur paraît-elle plus longue du fait de l'attente de la venue de l'ambulance ?

De même, les patients adressés par un médecin évoquent davantage de problèmes de durée de prise en charge. Ce constat serait-il lié à la complexité de leurs pathologies ou à la nécessité de recourir à davantage d'exams complémentaires que dans les autres catégories ?

Les patients venus en VSAB se plaignent de problèmes de communication et d'accueil. Cet élément soulève des interrogations. Les patients se plaignent-ils uniquement de la prise en charge des urgences ou également de la prise en charge pré-hospitalière ? Leur processus d'accueil diffère-t-il de celui des patients ayant d'autres modes de venue ?

7.5 Circonstances de passage au SAU

Il y a globalement davantage de plaintes observées pour les patients venus le samedi et de façon générale le week-end. Cette tendance se retrouve en analysant les données pour chaque

année, prise indépendamment l'une de l'autre. Ce jour de prédominance a été retrouvé dans l'étude bibliographique [29]. Dans les données de la littérature, il est précisé que le samedi est un jour à forte affluence.

De même, plus de plaintes ont été enregistrées pour des passages aux urgences la nuit. Or les données dont nous disposons sur les années 2003, 2004 et 2005 permettent de constater qu'il n'y a que 45,7% de passages la nuit dans la population générale fréquentant les urgences.

L'asymétrie relevée entre le nombre de plaintes enregistrées pour des passages de jour et de nuit se retrouve naturellement dans la répartition des types de service, avec une proportion plus élevée de plaintes durant le service dit de garde que durant le service dit normal. Cette donnée est conforme aux données de la littérature avec un taux légèrement supérieur [29]. Beaucoup de plaintes sont également survenues lors de la transition entre les deux services. Les mêmes observations sont faites lorsque nous regardons les années indépendamment les unes des autres.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons conduisant à une majoration du nombre de plaintes durant le service dit de garde. Est-ce dû à la qualification des médecins et internes durant ce service ? Est-ce dû à l'état de fatigue des médecins qui travaillent souvent après une journée de travail ? Serait-ce dû au manque d'expérience des médecins et internes travaillant durant ce service et qui ne sont pas tous affectés aux urgences ? Est-ce consécutif à un biais de sélection concernant les pathologies prises en charge pendant le service ou le profil des patients ?

La répartition des plaintes en fonction de la tranche horaire de venue du patient n'est pas exactement superposable à celle de la fréquentation globale du SAU. Il est cependant difficile d'interpréter ce résultat en fonction de l'activité du service. En effet, cette notion ne peut être

évaluée simplement. Le nombre de patients passés dans la journée ne peut pas refléter l'activité du service à un moment donné, l'intervalle entre chaque patient et la charge de travail représenté par chaque patient n'étant pas constante.

7.6 Secteurs

Avec 52,3% en moyenne de 2003 à 2005 (55% de 2001 à 2005), le secteur de médecine est le plus pourvoyeur de plainte, alors qu'il ne couvre que 47,1% du passage aux urgences (de 2003 à 2005). Bien que cette répartition soit variable d'une année à l'autre, l'incidence globale du nombre de plaintes sur ces trois années est plus élevée en médecine qu'en chirurgie.

Dans les données bibliographiques, il apparaît que la plupart des plaintes (60%) concernent l'accueil chirurgical [2,21].

Les motifs de plaintes en fonction des secteurs sont assez différents. En médecine, il s'agit plutôt de plaintes relatives à «un confort de passage». En chirurgie, les plaintes sont essentiellement d'ordre «médical». La comparaison de la répartition des différents motifs de plainte par secteur révèle une prépondérance des doléances pour non-respect des besoins élémentaires et pour durée de séjour importante dans le secteur de médecine par rapport au secteur de chirurgie

Le temps de passage est-il vraiment plus long en médecine qu'en chirurgie ? Le secteur de médecine requiert-il davantage d'examen complémentaires notamment biologiques, ou de recours à un avis spécialisé ?

En chirurgie, le motif principal de plaintes concerne l'erreur de diagnostic suivi de près par les problèmes de communication et d'accueil. Ce point est cohérent avec les données de la

bibliographie [21]. La recherche des facteurs pouvant expliquer ce surplus de plaintes pour erreur de diagnostic du côté chirurgical est sans doute un préalable à toute démarche d'amélioration de la qualité du diagnostic rendu. Une piste d'explication se trouve peut-être du côté du manque de séniorisation de ce secteur. Pendant de nombreuses années, ce secteur a été géré uniquement par des internes de chirurgie qui pouvaient en cas de besoin solliciter l'avis du médecin senior officiant en médecine ou d'un chirurgien travaillant dans un service du CHU. L'étude du taux de recours à l'avis d'un senior en fonction du secteur a mis en évidence un taux nettement moindre d'intervention des médecins seniors en chirurgie par rapport au secteur de médecine dans les dossiers à l'origine d'une plainte. Ce constat se vérifie sur ces dernières années malgré l'affectation d'un senior en chirurgie le jour comme la nuit. Une sensibilisation des internes et médecins sur ce point serait potentiellement favorable à une réduction des plaintes pour erreur de diagnostic dans le secteur de chirurgie.

Par analogie, le recours à un avis spécialisé dans les dossiers à l'origine d'une plainte est plus soutenu en médecine. L'augmentation de la fréquence de recours à un avis spécialisé serait-il de nature à limiter les plaintes pour erreur de diagnostic en chirurgie ?

7.7 Avis spécialisé

Pour près d'un tiers des dossiers ayant conduit à une plainte il n'y a pas eu de recours à un avis spécialisé. Le taux de recours à l'avis spécialisé est variable d'une année à l'autre.

L'étude du recours ou non à un avis spécialisé en fonction du motif de plainte fournit une information très intéressante. En effet, il existe un pic de plaintes relatif à la durée de séjour par rapport aux autres motifs lorsqu'un avis spécialisé a été demandé. Dans le même temps, les autres motifs de plainte sont minorés en cas de recours à un avis spécialisé. Il convient

donc d'explorer plus avant l'affinité des avis spécialisés avec les plaintes pour durée de séjour. Il faudrait évaluer la durée que met la personne sollicitée pour l'avis spécialisé avant de rendre son point de vue. Il faudrait également mener une réflexion concernant les étapes successives nécessaires à l'obtention d'un avis spécialisé afin d'optimiser le processus correspondant et ainsi gagner en efficacité et en réactivité.

L'étude de la durée moyenne de prise en charge des patients ayant conduit à une plainte indique que les patients ont attendu 1h17 de plus lorsqu'un avis spécialisé a été demandé.

L'intervention d'un médecin senior n'affecte pas la proportion de recours ou non à un avis spécialisé. Ces deux avis seraient-ils donc complémentaires et non redondants ?

7.8 Intervention des seniors

Dans près de deux tiers des dossiers conduisant à une plainte, il n'est pas fait mention du recours à l'avis d'un médecin senior. De même, dans plus de trois quarts des dossiers la validation est faite par un interne. Le taux de recours à l'avis d'un senior augmente toutefois en 2004 et 2005. Cette progression résulte probablement des nouvelles directives communiquées aux internes affectés au SAU depuis le changement de Chef de service. Par contre, le fait que le taux de recours à l'avis des seniors décroisse de 2001 à 2004 n'a pas d'explication évidente. Rappelons que dans la méthodologie, nous avons retenu la présence de l'avis d'un senior dès lors qu'il était mentionné dans le dossier ou dans les documents archivés avec la lettre de plainte. Cependant, des avis ont pu être pris auprès du médecin senior sans pour autant avoir été reportés dans les dossiers.

A l'image de l'évolution du taux de recours à l'avis d'un senior, la courbe de la validation des dossiers par un senior prend la forme d'une baignoire, le creux se situant en 2003.

Les mêmes constatations peuvent être faites pour ce qui concerne la validation des dossiers par les seniors. Par contre, cette fois les données relatives à la validation des seniors peuvent être considérées plus robustes étant donné leur caractère écrit.

Afin de pouvoir interpréter objectivement ces résultats, le taux global de dossiers du SAU ayant été validés par un senior constituerait une information précieuse.

Il n'en reste pas moins qu'un rappel des directives données par le Chef de service pourrait contribuer à améliorer la propension à solliciter les seniors pour un avis ou une validation. Depuis fin 2004, il est en effet explicitement demandé aux internes d'avoir recours à l'avis d'un senior avant de valider un dossier et de marquer le nom de celui-ci ainsi que ses consignes dans le dossier.

Rappelons que d'un point de vue légal, les textes rendent désormais obligatoire la séniorisation des gardes. Malheureusement, les moyens pour les appliquer ne sont pas toujours suffisants.

Par ailleurs, une étude réalisée par Guly [30] montre que 85 % des erreurs sont faites par des médecins encore en formation.

7.9 Orientation

Dans l'échantillon d'étude, l'orientation décidée au terme de la consultation est l'un des motifs de plainte cités. D'après le camembert indiquant la répartition de l'orientation donnée à la suite d'un passage aux urgences, il apparaît que la majeure partie des plaignants (72,5%) n'a pas été hospitalisée. Il convient de pondérer cette première analyse par la proportion générale des patients qui sont hospitalisés. Ainsi, la proportion des hospitalisés est de 19,2%

dans la population générale et de 27,5% dans l'échantillon des patients à l'origine d'une plainte. Contrairement aux apparences, il y a donc davantage de plainte en proportion provenant de patients hospitalisés que de patients non admis.

Chez les patients orientés en soins externes, les erreurs de diagnostic représentent le motif de plaintes le plus fréquent. Cela s'explique-t-il par le fait que, lorsque un patient rentre chez lui, il n'y a plus d'intervenant pour corriger un éventuel diagnostic erroné ?

Lorsque le patient est hospitalisé au CHU après son passage au SAU, le premier motif de plainte est très majoritairement lié à la durée de prise en charge. Le personnel médical rencontre en effet souvent de grandes difficultés à trouver des lits d'hospitalisation. Serait-ce la raison de cette constatation ? Si tel est le cas, il convient de majorer les efforts afin d'améliorer la situation en aval du SAU.

Dans 6% des plaintes, la sortie du patient est atypique. L'effectif trop faible de cette catégorie ne nous a pas permis de tirer de conclusion significative quant aux motifs de plaintes rencontrés à cette occasion. Cette catégorie mérite cependant d'être signalée.

Le mécontentement induit-il justement des «sorties atypiques» (fugues, sorties contre avis) ?

7.10 Classification Clinique des Malades des Urgences

La majorité des patients pour lesquels une plainte a été déposée est classée en CCMU 2. Il s'agit de la classe la plus rencontrée dans la population générale fréquentant le SAU. Nous n'avons donc pas pu établir de lien entre la gravité de la pathologie et le fait d'envoyer une lettre de plainte.

7.11 Motifs de plainte

- **Les multiples**

Dans de nombreuses lettres de plainte, le grief est multiple. Lorsque la plainte est multiple, elle regroupe en général deux ou trois des motifs suivants : durée de séjour, problème de communication et d'accueil, non-respect des besoins élémentaires. En effet, nous pouvons facilement imaginer qu'un patient qui reste longtemps dans le Service d'Accueil des Urgences va générer d'autres attentes qui devront être satisfaites, comme le besoin de manger, de satisfaire ses besoins et d'obtenir régulièrement des informations sur sa prise en charge.

- **Les problèmes relationnels**

Dans le Pareto des types de plaintes, nous trouvons aux premiers rangs les motifs de plaintes d'ordre relationnel et de confort, répartis dans trois catégories distinctes : durée de prise en charge, communication et accueil et non-respect des besoins élémentaires. En cumulant les pourcentages de ces items, il ressort que 52,5% des plaintes relèvent de la dimension humaine. Les quatre catégories de motifs d'ordre « médical », à savoir erreurs de diagnostic, problèmes d'orientation, défauts d'examen complémentaires et survenue de complications ultérieures ne rassemblent que moins de la moitié des plaintes.

- **Communication et accueil**

Il faut reconnaître que jusqu'à récemment la communication ne faisait pas partie des objectifs principaux de l'enseignement médical. Toutefois un stage infirmier a été mis en place pour les étudiants admis en deuxième année d'études médicales. Ce stage pourrait représenter une bonne occasion pour apprendre la relation avec les malades à défaut d'un enseignement de communication intégrée dans le cursus médical. Mais la formation ne semble pas être une

finalité en soi. En effet, la communication dépend de multiples facteurs, notamment individuels. Apprendre à écouter et communiquer ne sert probablement à rien si on ne supporte pas le regard de l'autre. Il fut un temps où le médecin soignait tout en prenant le temps d'écouter et d'expliquer. Mais la notion de temps a beaucoup évolué au fil du siècle. Il semble actuellement exister un certain stress temporel. Nous courons après le temps sans profiter de l'avance que nous prenons parfois. Il est clair que faire attention à l'aspect relationnel quand plusieurs malades attendent pour se faire soigner ou à trois heures du matin, demande un certain effort, mais celui-ci est parfois profitable, notamment en termes de risques sinon tout simplement au niveau humain.

Le patient a droit à l'information. La communication et l'information des patients sont légales et déontologiques [31, 32, 33]. Par ailleurs certaines attitudes, comme le fait de parler, courir, rire dans les couloirs peuvent être mal interprétées par les patients. Certaines lettres l'évoquaient. Les patients viennent au SAU avec une souffrance physique ou psychique et s'attendent à ce que celle-ci soit entendue et soulagée rapidement. L'émotion de l'hospitalisation et l'angoisse de la maladie accroissent la sensibilité du patient qui devient plus réceptif au comportement du personnel.

Il existe des méthodes souvent méconnues pour aider par exemple le personnel à répondre à un patient en colère [34], ou à un conflit avec son entourage [35].

- **Durée de prise en charge**

La durée de prise en charge est le premier motif de plaintes par ordre de fréquence. Lorsque la plainte concerne la durée de prise en charge, cette doléance est souvent associée aux autres motifs et notamment ceux concernant le comportement humain.

Plusieurs études bibliographiques ont montré que la notion du temps est probablement perturbée pour les malades admis aux urgences et qu'il existe une différence notable entre le temps ressenti et le temps réellement passé aux urgences [36,37, 38]. L'état du patient et la présence d'une éventuelle souffrance peuvent rendre le malade irascible.

Nous nous interrogeons sur les moyens de raccourcir ces deux formes de temps passés aux urgences. Le temps réel pourrait être compressible. Il dépend de multiples facteurs, dont certains sont d'ordre organisationnel : radiologie, durée d'obtention des résultats de laboratoire, appel des spécialistes,...

Rappelons que pour les patients pour lesquels un avis spécialisé a été demandé, le motif de plainte principal concerne la durée de séjour.

Pour diminuer le temps ressenti, nous pourrions mettre l'accent sur l'information. En effet, l'attente est d'autant plus mal supportée que l'on n'est pas informé.

L'attente ne concerne pas que le patient, elle concerne également les proches qui patientent en salle d'attente. Il convient donc à la fois d'informer le malade mais également de tenir régulièrement sa famille informée de la prise en charge de leur proche.

Il faut également distinguer différentes phases dans la durée de prise en charge. La première concerne la phase d'attente de la prise en charge en salle d'attente. En général le patient est enregistré rapidement dès son arrivée et va ensuite, si son état n'est pas jugé urgent, patienter dans la salle d'attente. S'il est évident que les urgences vraies qui mettent en jeu le pronostic vital ne peuvent attendre, d'autres pathologies ne sont pas prioritaires, mais ceci n'est pas toujours perçu de la même manière par les patients. Attendre n'est agréable pour personne et certains patients craignent d'être oubliés ou négligés, d'autant plus qu'ils constatent qu'une

personne est examinée avant eux alors qu'elle est arrivée après. Le vécu de l'attente dépend de l'individu et surtout de ses conditions. Outre la qualité de la salle d'attente, l'accueil et la communication avec le personnel sont déterminants.

Après ce premier délai d'attente dont la cause principale pourrait être la surcharge des salles d'examen occupées par les patients en attente de résultats ou de lits, ou encore l'indisponibilité des soignants, un second temps d'attente débute après l'examen du patient par un médecin, lorsque les examens complémentaires sont engagés. Pour réduire ce temps, on pourrait jouer sur le délai d'obtention des résultats du laboratoire. Un moyen simple de réduire ce temps serait déjà d'agir sur le temps de transport des prélèvements jusqu'au laboratoire. Pourquoi ne pas mettre en place, par exemple, un moyen d'acheminement direct des prélèvements dans des cartouches aéropulsées ?

Un troisième délai d'attente arrive lorsque le patient doit être hospitalisé et qu'il faut lui trouver un lit et le transporter dans le service qui va l'accueillir.

Les principales raisons qui rendent cette attente insupportable sont la carence d'informations et une communication insuffisante. Trop souvent les patients ne savent pas qui, quoi et pourquoi ils attendent [39], ils éprouvent de nombreuses difficultés à obtenir des renseignements spontanés sur leur état ou l'organisation médicale de leurs soins [40]. Cette absence d'information est source d'angoisse et de mécontentement, le patient risque de ne pas comprendre l'importance des examens et des traitements et ressent d'autant plus mal les difficultés de son passage aux urgences [41,42].

Les conditions de cette attente inéluctablement associée à la qualité du dialogue avec les soignants peuvent être le cas échéant des facteurs d'agressivité, elle-même responsable d'une rupture du contrat de soins, du déclenchement d'une plainte.

Si l'attente est d'autant mieux supportée lorsque l'information est meilleure, sa durée peut être réduite si la prise en charge est améliorée. En effet, si l'on réduit le nombre d'exams inutiles (à supposer qu'il y en ait) qui consomment du temps, la durée de présence sera réduite en conséquence. La littérature relate que trop d'exams complémentaires sont demandés et que ces derniers ne s'intègrent pas toujours dans un processus diagnostique, mais résultent plutôt de l'offre [43]. En réponse à ce problème un effort doit être consenti pour améliorer la formation des internes et les aider dans leurs démarches.

Une autre cause d'attente est la recherche de lit. Ce souci est récurrent aux urgences : soit le lit n'est pas encore disponible et le patient doit attendre aux urgences, soit il n'y en a plus et des démarches gourmandes en temps doivent être prises pour transférer le patient. Outre des mesures facilitant l'accès aux lits, par exemple grâce à un support informatique offrant une consultation des lits en temps réel, la création de lits supplémentaires d'hospitalisation de courte durée pourrait être utile pour remédier à ce problème.

Des progrès ont été permis dans ce domaine grâce à la création de la filière médicale d'accueil et d'orientation. En effet, cette filière dans laquelle travaille un senior a permis de réduire considérablement le temps de séjour et d'augmenter la satisfaction des patients. Cette filière créée en mai 2004 a vu son activité renforcée en décembre 2005.

- **Survenue de complications ultérieures**

Les complications peuvent être dues à la pathologie elle-même. Dans ce cadre, il y a eu notamment quelques lettres mentionnant des complications consécutives à des plaies. Il convient alors absolument de majorer nos efforts dans l'information des patients sur les éventuelles complications et sur les mesures à prendre afin de les éviter.

Les complications peuvent également être dues au traitement ou aux actes diagnostiques. Rappelons que lorsque nous réalisons un acte sur un patient, la législation impose de l'informer des complications éventuelles.

- **Défaut d'examen complémentaire**

Parfois les patients ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas eu de bilan radiologique. Il s'agit souvent de patients qui se sont présentés de leur propre chef au SAU suite à un traumatisme dans le but d'avoir un bilan radiologique, bilan qui n'a pas été jugé nécessaire par le médecin du SAU, à tort ou à raison. Il est donc important de faire comprendre au patient la démarche diagnostique. C'est ainsi que, encore une fois, la communication apparaît comme un élément clef dans la prise en charge des patients.

- **Problèmes d'orientation**

Il s'agit là de griefs traduisant le fait que le patient n'a pas été hospitalisé ou alors qu'il a été orienté dans un service qui ne correspond pas directement à sa pathologie. Sans porter de jugement, nous pouvons imaginer que l'hospitalisation n'était effectivement pas nécessaire. Nous pouvons aussi penser que par défaut de place dans les services d'aval, une hospitalisation qui aurait pu être proposée dans des conditions idéales a été évitée dans un «souci de gestion des lits». C'est ce qui peut se passer à plus forte raison lorsque le patient est hospitalisé dans un service ne correspondant pas à sa pathologie. Parfois dans le dossier médical, il est effectivement mentionné une hospitalisation en hébergement dans un autre service. Lorsque cette situation se présente, il est donc important de bien expliquer aux malades et à leur famille les raisons de l'orientation.

Dans les problèmes d'orientation, certains se plaignent des conditions du retour au domicile.

Il s'agit dans ce cas par exemple de patients âgés rentrés au milieu de la nuit en taxi sans que le conjoint ou sa famille ne soit prévenu du retour. Nous relevons également des doléances à propos de patients pour lesquels eux ou leur famille auraient préféré un transport ambulancier qui n'a pas été prescrit par les médecins.

- **Erreurs de diagnostic**

Elles sont plus fréquemment rencontrées dans le secteur de chirurgie. La part de ce type de doléances par rapport aux autres augmente progressivement et devient le motif principal de doléances en 2005.

Il faut mentionner un cas particulier : nous avons vu plusieurs lettres mentionnant une erreur de diagnostic dans une situation précise. Il s'agissait de patients pour lesquels la radiographie a été relue par le radiologue le lendemain comme il est inscrit dans les usages et pour lesquels une lésion passée inaperçue la veille a été détectée. Le patient a alors été informé de la nécessité de modification éventuelle des soins. Malgré l'incompréhension du patient concerné, cette relecture présente un intérêt évident puisqu'elle permet de déceler des lésions passées inaperçues le jour de la consultation.

- **Autres**

Dans la catégorie « autres » nous avons noté des plaintes pour des motifs variés. Quelques motifs ont été retrouvés deux à trois fois comme par exemple la contestation de la facture. Ils n'ont pas constitué une catégorie à part entière étant donnée que les données bibliographiques qui nous ont permis de construire la grille ne mentionnaient pas ces motifs.

- **Motif de venue**

Le motif principal de consultation aux urgences ayant conduit à une plainte est la chute. Il faut noter que ce motif peut à la fois concerner une prise en charge en secteur médecine (bilan de chute) ou en secteur chirurgie (traumatologie consécutive à une chute).

Une étude des motifs de consultation de la population générale permettrait de savoir s'il s'agit effectivement du motif principal de consultation de la population tout-venant. Dans le cas contraire, il serait légitime de s'interroger sur les raisons qui conduisent à la concentration de plaintes pour chute.

- **Diagnostic**

Etant donné la grande diversité des diagnostics posés, il a fallu les regrouper en catégories. Cet exercice a par conséquent nécessité une interprétation de la part de la personne qui a saisi les données et donc généré un biais d'interprétation.

Il est intéressant de constater que la catégorie que l'on retrouve en tête est celle des diagnostics imprécis. Cela amène des questions. Est-ce que cela traduit une prise en charge plus difficile, des cas plus complexes à résoudre, un flou diagnostic ? Ou est-ce que cela exprime un manque d'assurance de la part du médecin qui a validé le dossier et donc la prise en charge proposée au malade ?

Les deux catégories de diagnostics venant en deuxième et troisième position après les « diagnostics imprécis » s'intitulent « absence de diagnostic » et « contusions ». En regroupant ces trois ensembles, il apparaît que pour plus d'un tiers des dossiers ayant conduit à une lettre de plainte, le diagnostic n'a pas été clairement exprimé.

- **Plaignant**

Environ un tiers des plaintes émane du patient lui-même alors que près de la moitié vient de son entourage.

Plus le patient est âgé, plus la plainte provient d'un proche. Il en est de même pour les moins de 20 ans. Ce constat est probablement lié à l'état de dépendance de ces patients.

Quand il s'agit d'une plainte émanant d'un proche, les motifs principaux de plaintes sont d'ordre plutôt relationnel que scientifique. Il conviendrait alors d'améliorer la relation et les informations apportées aux proches pendant la prise en charge du patient. A l'inverse, quand le patient se plaint lui-même, le motif de plainte principal devient un motif plutôt scientifique.

Un nombre assez conséquent de lettres émane d'un médecin. Ceux-ci évoquent principalement des problèmes d'orientation. Attendaient-ils une prise en charge différente pour leurs patients, notamment une hospitalisation qui n'a pas été décidée ? Ils se plaignent également beaucoup de problèmes de communication et d'accueil. Il faudrait donc faire un effort afin d'améliorer les relations entre l'équipe des urgences et les intervenants extérieurs. Une étude bibliographique [2] signale un taux équivalent de lettres de plainte émanant de médecins.

Très peu de lettres ont été adressées par un avocat. Ceci est cohérent avec le faible nombre de conséquences médico-légales.

- **Durée de prise en charge**

Malheureusement la structure actuelle du dossier médical ne permet pas de savoir combien de temps le patient a attendu avant d'être pris en charge. Nous disposons simplement d'un

renseignement global sur le temps écoulé entre l'instant où le dossier a été créé par l'infirmière d'orientation et d'accueil et le moment où le dossier a été validé par un médecin. Il aurait été intéressant de pouvoir distinguer différentes phases dans la prise en charge du patient. Nous ne disposons pas non plus de données sur la durée de séjour moyenne de la population consultant au SAU. Ceci limite les interprétations que l'on pourrait faire de ces données.

Un référentiel relatif aux durées de séjour aurait également pu nous apporter des éléments de discussion, mais nous ne disposons pas de tels documents.

7.12 Traitement de la plainte

Il n'a pas été possible de déterminer une base de comparaison relative au mode de gestion des plaintes. Il a été difficile d'établir la liste des critères permettant d'apprécier la qualité de la réponse aux plaintes, et de coter ces critères pour chacune des réponses. La bibliographie ne relate pas non plus d'analyse des réponses aux plaintes. Nous avons donc simplement décidé de décrire, dans cette thèse, le mode de gestion des plaintes sans en avoir fait une étude statistique.

- **Procédure de gestion des réclamations et de médiation**

L'hôpital a mis en place une procédure de gestion des réclamations et de médiation dont le but est d'une part de restaurer et d'améliorer la confiance et la satisfaction du patient ou de sa famille, d'autre part d'améliorer la qualité du service rendu à partir de l'analyse des dysfonctionnements identifiés par les patients, leurs proches ou les correspondants.

Les réclamations sont donc précieuses pour le CHU qui estime que la première réaction doit toujours être d'écouter et de chercher une solution.

La plupart des lettres de plainte sont adressées au directeur de l'hôpital. Cette notion est déjà constatée dans la bibliographie, et a été vérifiée dans notre analyse des lettres de plainte.

- **Réponse du responsable du Service d'Accueil des Urgences**

Le chef de service du SAU a mis en place une procédure propre de gestion des plaintes, interne au service.

Lorsque le responsable du SAU est informé de l'existence d'une plainte, il contacte le plaignant par téléphone et prend un rendez-vous avec celui-ci. Il mène une «enquête» avant cet entretien afin d'élucider les circonstances qui ont conduit à la plainte. Pour cela il contacte tous les acteurs de soins. Au cours de la rencontre avec les plaignants, il leur explique les circonstances qui ont conduit à leur insatisfaction et les solutions qu'il tente de mettre en œuvre pour éviter que cela se reproduise.

A l'issue de ce rendez-vous, le chef de service rédige un courrier qu'il adresse au directeur du CHU, au médecin médiateur, au plaignant et, depuis fin 2004, aux internes et aux médecins affectés au SAU. Ce courrier décrit la plainte et la réponse faite au plaignant lors des différents entretiens qu'il a eu avec eux. Cette démarche vise à favoriser une prise de conscience individuelle et collective pour améliorer de façon continue la qualité des soins.

Selon les reproches, il reconnaît les faits, s'excuse et dit souvent se servir des remarques pour essayer d'améliorer la prise en charge des patients. On espère que les plaignants se sentent alors écoutés, compris et qu'ils ont l'impression que leurs expériences personnelles auront servi à quelque chose et permettront d'améliorer le service pour les futurs usagers du SAU.

Le responsable du SAU s'appuie d'ailleurs sur ces lettres pour demander davantage de

moyens à l'administration.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, très peu de plaintes aboutissent à des conséquences médico-légales. Nous pouvons donc penser que ces échanges permettent, dans la grande majorité des cas, d'apaiser le conflit. Le patient est satisfait de l'attention portée à sa lettre, de la prise en compte de son mécontentement par le responsable des urgences et des explications qui lui sont apportées. Lorsque cela ne suffit pas, le responsable du SAU propose aux plaignants de rencontrer le médecin conciliateur de l'établissement.

- **Intervention de la médiation**

Une médiation intervient après tentative sans résultat de traitement de la réclamation dans le service. Elle repose sur l'intervention d'un tiers, en situation de neutralité par rapport aux acteurs. Le médiateur n'intervient que si le plaignant et le service sont d'accord pour cela. Le médiateur écoute les parties, instruit un nouveau dossier. La médiation consiste le plus souvent en un travail d'écoute, de pédagogie, qui peut parfois suffire à satisfaire le réclamant. Elle peut aussi conduire à une proposition de solution qui fait accord (médiation réussie) ou ne pas aboutir. Quel que soit le niveau d'aboutissement, le patient est informé des voies de recours disponibles.

Conclusion

8 Conclusion

L'analyse des lettres de plaintes relatives au Service d'Accueil des Urgences est une base essentielle d'information de la perception de la qualité des soins, et permet de dégager des observations intéressantes.

Les lettres de plaintes constituent une source d'enseignements permettant à l'ensemble des acteurs impliqués de se remettre en cause pour progresser. Dans cette perspective, le fait de communiquer en interne les lettres de réponse aux patients est un pas en avant. La mise en place d'une structure formelle réunissant les intervenants concernés pourrait accroître le degré d'implication de l'ensemble du personnel et susciter des propositions d'ajustements.

Très peu de plaintes ont abouti devant les tribunaux, ce qui laisse penser que les réponses apportées par le chef de service au moyen de la procédure évoquée précédemment suffisent habituellement à régler le conflit.

Environ la moitié des plaintes relève de la dimension humaine. Dans ce domaine, les critiques se rapportant à la durée de prise en charge et aux problèmes de communication et d'accueil occupent la première place. Une amélioration de la qualité semble ainsi possible sans apporter d'importants moyens supplémentaires, à condition que chaque acteur modifie son comportement. Pour permettre cela, le chef de service a proposé de mettre en place des formations à la communication notamment sous la forme de jeux de rôles.

Par ailleurs, la gestion des flux de patients, la mise à disposition rapide des résultats d'examens complémentaires, la connaissance des disponibilités des lits d'aval sont certainement favorables pour accélérer le processus de prise en charge et de traitement d'un patient. L'accès à un dossier médical partagé ne serait-il pas un moyen d'optimiser la phase

d'accueil du patient en ayant accès à l'ensemble des informations le concernant ? La connaissance de l'antériorité du patient permettrait d'éviter les redondances d'examens et, par conséquent, de réduire la durée globale de prise en charge.

La possibilité de suivre en temps réel les étapes du circuit des patients permettrait de constater immédiatement les dérives et d'intervenir avant la génération de l'insatisfaction, en gérant au mieux les ressources matérielles et humaines du service.

Si la qualité de la communication avec le patient apparaît déterminante, les échanges avec ses proches et son médecin traitant doivent également être soignés. A partir de quarante ans, le patient n'est plus le plaignant majoritaire. Un effort d'information aurait permis dans certains cas d'expliquer la pertinence des soins proposés et les incertitudes diagnostiques qui peuvent exister.

Sur l'ensemble des dossiers analysés, un patient sur cinq est adressé par un médecin et, dans un cas sur dix, le plaignant est le médecin lui-même. Une enquête de satisfaction réalisée auprès des médecins généralistes par le CHU a montré que plus de 50 % des médecins généralistes sont insatisfaits de leurs relations avec le centre hospitalier. Un meilleur suivi du patient par son médecin traitant est un élément pouvant réduire la survenue de complications postérieures à sa sortie, ou en améliorer sa gestion. La continuité et la coordination des soins centrées autour du patient apparaissent dans cet esprit comme des facteurs pouvant réduire l'insatisfaction en améliorant la prise en charge globale du patient. Améliorer l'interface entre le SAU (senior au premier plan) et les médecins généralistes par une meilleure communication rendra donc meilleure la continuité des soins. Pour cela, le chef de service a proposé de mettre en place une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes pour leur permettre de communiquer plus rapidement avec les médecins seniors. Il a par ailleurs

proposé d'adresser systématiquement le dossier du patient à son médecin traitant.

Les motifs d'ordre « médical » rassemblent un peu moins de la moitié des plaintes et concernent, par ordre décroissant de fréquence, des erreurs de diagnostic, des problèmes d'orientation, des défauts d'examens complémentaires et la survenue de complications ultérieures. Trois dossiers sur quatre ayant abouti à une plainte ont été validés par un interne et moins d'un patient sur cinq a été traité uniquement par l'équipe médicale dédiée. Une plus grande séniorisation de la prise en charge ou une qualification spécifique du personnel médical travaillant aux urgences constituent des pistes d'amélioration de la qualité des soins. C'est pour cette raison que le chef de service insiste sur une séniorisation totale de la prise en charge des patients afin d'éviter les prises en charge non validées. L'acquisition du nouveau logiciel, en juillet 2006, a permis d'imposer que le senior valide systématiquement le diagnostic et l'orientation du patient.

Une enquête continue de la satisfaction de l'ensemble des patients se présentant aux urgences, à l'instar de ce que le Professeur Briançon déploie à l'échelle du CHU pour les patients hospitalisés, pourrait permettre une évaluation permanente des pratiques et ainsi ouvrir la voie à une amélioration de la qualité de la prise en charge.

9 Références bibliographiques

1. **FELTEN Éric**

Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy
Thèse de médecine, 2001 ; faculté de médecine de Nancy

2. **BENOIST Pascal**

Les plaintes adressées aux services d'urgences de L'Hôtel-Dieu de 1992 à 1997 : analyse et propositions de mesures correctives.
Thèse de médecine, 1999 ; faculté de médecine de Créteil

3. **MONRAD I.**

Malpractice
Quality Assurance in Health Care, 1991; 3: 21-39

4. **DOERING ER.**

Factors influencing in patient satisfaction with care.
QRB, 1983; 9: 291-9

5. **DONABEDIAN A.**

Quality Assurance in Health Care. Consumer's role
Quality in Health Care, 1995; 4: 135-43

6. **REBOUL-MARTY J. , THOREUX P., DEBIEN M. , ROYNARD J.L. , DURNAD M., LANGUILLAT G.**

L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgences est-elle possible ?
Réanim. Urg., 2000 ; 9 : 331-8

7. Une enquête communiquée par la Ligue des Droits de l'homme et l'Union nationale des associations familiales. L'hôpital vu par ses usagers.

Gestions hospitalières, 1995 ; 34 : 68-76

8. **CHARLES C. GAULD M. CHAMBERS L. O BRIEN B. HAYNES RB LABELLE R.**

How was your hospital stay? Patient's reports about their care in Canadian hospitals.
Can Med Assoc J, 1994; 150: 1813-21

9. **LLORCA G.**

L'opinion des malades, éléments d'appréciation d'un service médical .
Gestion hospitalière, 1994 ; 336 : 372 -7

10. **GENTILLE S. LEDORAY V. BLANDINI7RE D. ANTONIOTTI S. SAMBUC R.**

La satisfaction des patients au sortir des services des urgences
Réan urg, 1999 ; 8 : 27-32

11. **HAYDADI N. NEUSCHWANDER C.**

Accueil des patients dans un service d'imagerie médicale
Gestions Hospitalières, 1993 ; 328 : 498 -501

12. **MARECHAL N.**

L'appréciation du service hospitalier
Gestions Hospitalières, 1993 ; 331 : 754-8

13. CARPENTIER F. GUIGNIER M.
Étude de 21 122 admissions en Services d'Urgences
Quatrièmes Journées de la Société Française d'Urgence Médicale, 1989

14. D.BRODSKY ,M.GALLET
Satisfaction de la clientèle du service d'accueil et d'urgences d'un hôpital général.
Réan.urg. 1994, 3 (4), 413-416

15. C. SUN, MD, MPP, MICHAEL BRINKLEY ,JENNIFER MORRISSEY, MSN, PHILLIP RICE, MD,THOMAS STAIR,MD
A Patient Education Intervention Does Not
Improve Satisfaction With Emergency Care
ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE OCTOBER 2004 4 4: 4

16. ROBERT MULLIKEN, ANNETTE MILLER , DEON COX HAYLEY, PETER D. FRIEDMANN,
Factors Associated With Older Patients'
Satisfaction with Care in an Inner-City
Emergency Department
AUGUST 2001 38:2 ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE

17. LAU FL.
Can communication skills workshops for emergency department doctors improve patient satisfaction?
J Accid Emerg Med. 2000 Jul; 17(4):251-3.

18. CARRASQUILLO O, ORAV EJ, BRENNAN TA, BURSTIN HR.
Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department.
J Gen Intern Med. 1999 Feb;14(2):82-7.

19. GAMM, rapport du conseil médical du GAMM sur l'exercice 2002.
GAMM, 2003 ; 3-21

20. FREIERMUTH Jean-Paul
Analyse des réclamations et des plaintes reçues au service des urgences du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.-126p
Th : Méd. : Lyon 1 : 2004 ; 131

21. BENNETEAU, Jean-Dominique
Gestion des doléances des plaintes dans un service d'urgence. À propos des lettres des usagers du dernier trimestre 1997, à fin 2001 à Angers.- 50p
Th : Méd. : Nantes : 2003 ; 19

22. PALEY-VINCENT C.
Responsabilité du médecin-mode d'emploi
Masson, 2003

23. GOMBAULT N. SICOT C.

La responsabilité de l'étudiant en médecine, du résident et de l'interne.
Le sou médical , 1999

24. BELLOU A.

Programme Assurance Qualité
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, 1998

25. ORY-BARBE Isabelle

Mesure du degré de satisfaction des usagers du service d'accueil des urgences du CHU de Nancy en 1997 et en 1999. Étude comparative -143p
Th : Méd. : Nancy 1 : 148

26. L'HUILLIER Aurélie

Evaluation des modalités d'admission et des critères d'orientation vers la salle d'accueil des urgences vitales du CHU de Nancy. Étude rétrospective, du premier octobre 30 novembre 2004, à propos de 498 dossiers.-155p
Th : Méd. : Nancy :2005 : 90

27. GASSE J. A.P., DEHON M. ; MEIRESONNE A.

Les plaintes de patients constituent-elle un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins ?
Gestions hospitalières, 1996 , mai : 389 -12

28. GASSE J. A.P., MEIRESONNE A.

lettres de plainte de patients.
Gestions Th : méd. hospitalières, 1997, mars : 208 -11

29. LEPERS Stéphane

Plainte adressée aux services d'accueil et de traitement des urgences . L'étude descriptive de la population, des motifs de plaintes et de leur gestion.104 p
Th : Méd. : Amiens :1998 ; 98/65

30. HR Gully

Diagnostics errors in an accident and emergency department
Emergency medical journal; July 2001; vol 18 Issue 4:263-9

31. Article 35 du code de déontologie médicale

Bulletin de l'ordre des médecins, 1995,10 : 3

32.BICLET P.,DURANT ,HERVE C.

L'information du malade.
Journal De Médecine Légale De Droit Médical, 1997,40, n°5 : 391 -393

33. SARGOS P.

Information et consentement du patient.
Le bulletin de l'ordre des médecins, 1999,1 : 10 -12

34. FAULKNER A.

Communication with patients, families, and other professionals.

BMJ, 1998, 316: 130 -32

35. PRUDENT J.

Analyse des lettres de plainte adressées aux services d'urgence de l'hôpital Général de Dijon de juin 1977 à janvier 1989.

Th : Méd. : Dijon : 1990 : n° 34

36. BOOF AJ , HARRISSON CJ , GARDENER GJ ET COLL.

Waiting times and patient satisfaction in the accident and emergency department.

Arch. Emerg. Med., 1992, 9: 162 – 168

37. THOMPSON DA, YARNORD PR, WILLIAMSN DZ ET COLL.

Effect of actual waiting times, perceived waiting times, information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department.

Ann. Emerg. Med., 1996, 28: 657 -665

38. CAUNES Nicole

Etude des plaintes écrites reçues au service d'accueil des urgences du CHU de Poitiers

Th. : Méd. : Poitiers : 1998 ; 1090

39. PHANUEL D.

Des attentes des « patients clients» en matière d'information et de communication.

L'hôpital vu par les usagers. Les cahiers de Gestions Hospitalières, 1995, 342. 67 -82

40. MARECHAL N.

L'appréciation du service hospitalier.

Gestions Hospitalières, 1993, décembre : 754 – 58

41. LEMAIRE F.

L'information du patient : un manuel de l'évaluation.

Manuel d'autoévaluation. Un référentiel/guide d'utilisation, hôpital Bicêtre, service d'évaluation et qualité, DIREQ, DPM. : 3-4

42. LEVINSON W., ROTER D.L., MULLOOLY J.P.? DULL V.T., FRANKEL R.M.

Physician-patient communication: The relation with malpractice claims among primary physicians and surgeons.

JAMA, 1997, 277, n°7: 553 -59

43. PILOSSOPH-GELB S., MOWER W.R., AJAELI I., YANG S.C.

Psychosocial difficulties and emergency department use.

Acad. Emerg. Med., 1997, 4 (6): 589 -92



VU

NANCY, le **21 juillet 2006**

Le Président de Thèse

Professeur A. BELLOU

NANCY, le **29 août 2006**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **31 août 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE THESE

L'étude porte sur l'analyse rétrospective des lettres de plaintes reçues au service d'accueil des urgences de L'Hôpital Central à Nancy de 2001 à 2005. Les résultats obtenus sont issus d'une analyse descriptive multifactorielle qui combine des données relatives au profil du patient, aux conditions de prise en charge et aux pathologies rencontrées. Les plaintes d'ordre matériel n'ont pas été prises en compte.

En restant globalement peu nombreuses au regard du volume de patients pris en charge, la fréquence des plaintes a augmenté en 2003 et 2004 pour diminuer de moitié en 2005.

52,5% des plaintes ne relèvent pas d'un motif strictement médical mais concernent la communication et l'accueil, la durée de prise en charge ou le non-respect de besoins élémentaires. En chirurgie, la proportion de plaintes se rapportant à une erreur de diagnostic ou à un défaut d'examen complémentaire apparaît cependant plus marquée qu'en secteur de médecine. La répartition des plaintes entre ces deux secteurs est relativement équilibrée.

La majorité des plaintes se réfère à un passage du patient survenu la nuit. Le jour de la semaine à l'origine du plus grand nombre de plaintes est le samedi. Il en résulte que les patients pour lesquels une lettre a été envoyée sont majoritairement pris en charge par l'équipe dite de garde.

Dans la plupart des cas, le dossier ne mentionne pas l'avis d'un senior. Les dossiers comportant un avis spécialisé représentent plus d'un quart de l'ensemble des plaintes. Dans ce dernier cas, le motif principal avancé concerne la durée de prise en charge.

La majorité des patients pour lesquels une lettre de plaintes a été envoyée n'a pas été hospitalisée après leur passage aux urgences. Ils ont le plus souvent été classés en CCMU 2. Les plaignants sont en général les proches du patient. Les chutes représentent le principal motif de venue aux urgences à l'origine d'une plainte.

TITRE EN ANGLAIS

Descriptive Analysis of letters of complaints send to the Nancy Hospital Emergency Department between 2001 and 2005.

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2006

MOTS-CLEFS

Plaintes, satisfaction, SAU, responsabilité

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY cedex