

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PAR

JACQUIER Delphine

Née le 3 Mai 1979 à Argenteuil

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 2010

QUI SE PLAINT AUX URGENCES ET POURQUOI ?

PRESIDENT DE THESE : PROFESSEUR JEAN-LOUIS POURRIAT

DIRECTEUR : DOCTEUR FLORENCE DUMAS

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Pourriat,

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements pour m'avoir confié ce sujet ainsi que les conditions matérielles nécessaires à la réalisation de cette étude.

A monsieur le Professeur Marc Samama

Sans me connaître vous avez accepté d'étudier ce travail, vous me faites l'honneur de participer à ce jury, je vous en remercie.

A madame le Professeur Claire Lejeune

Sans me connaître vous avez accepté d'étudier ce travail, vous me faites l'honneur de participer à ce jury, je vous en remercie.

Au Docteur Florence Dumas,

Tu m'as aidé et soutenu tout au long de mon travail, avec ta gentillesse et ta patience, tu as su me conseiller, me guider et m'encourager, tu m'as apporté les conditions matérielles nécessaire à cette étude, tu me fais l'honneur de participer à ce jury, merci.

Au Docteur Maurice Raphael,

Pour m'avoir transmis ta passion pour la médecine d'urgence, pour m'avoir tant enseigné, pour m'avoir permis de travailler dans ton service durant ces deux années, pour tes encouragements constants et ta patience, et surtout pour m'avoir fait l'honneur de m'emmener avec toi dans cette nouvelle grande aventure, je te remercie infiniment.

Au Docteur Mireille Malartic,

Tu as été là depuis le début de ce travail, tu m'as soutenue, guidée, encouragée de façon inconditionnelle et avec une patience inestimable, au prix de longues heures passées autour de cette thèse... Pour m'avoir aidé à sortir de la « spirale infernale », pour ton amitié et tout le reste, je ne te remercierai jamais assez...

A ma famille

A mes parents,

Vous m'avez apporté un soutien matériel et moral inconditionnel, merci pour votre amour et votre patience...

A mon frère, Matthieu,

Merci pour tes secrets d'utilisation d'excel.

A ma Grand-Mère,

Tu aurais aimé assister à ma soutenance, je penserai à toi ce jour là, merci pour ton soutien.

A mes cousines Bénédicte et Clotilde,

Vous avez toujours été là pour moi, merci pour votre soutien et vos encouragements constants...

A mes amis

A Constance et Guillaume, à Alice et Valentine, à Geoffroy

Vous avez cru en moi, vous m'avez soutenu, pour votre énergie constante, vos encouragements, et pour tout le reste aussi, un grand merci !

A Aurélia et Matthieu, à Gabriel,

Votre soutien inconditionnel est inestimable, merci à toi Aurélia pour avoir toujours été là, pour toute l'aide précieuse que tu as pu me fournir et pour ton amitié infailible.

A Katell et Anne-Laure,

Pour tous les moments forts que nous avons partagés et pour votre amitié, merci.

A Gaëlle et Fred, à Mathilde

Merci de votre soutien constant, merci d'être là malgré la distance, vous me manquez...

A Mélanie et Florence,

Pour toutes nos soirées, pour vos encouragements, merci...

A Sophie, ma toute nouvelle collègue,

Merci d'être là et de me comprendre déjà si bien...

A Henri,

Pour cette soirée enneigée ou tu as bien voulu traverser la région parisienne pour me ramener chez moi afin que je puisse travailler sur ma thèse, merci.

Au groupe de Bretagne,

Et particulièrement à David, tu m'as grandement facilité la tâche fastidieuse de l'impression de ce travail, merci.

A mes collègues

A l'équipe de Montfermeil, et particulièrement à Benoit, Marie-Véronique et Emmanuelle,
Merci d'avoir été si compréhensifs et arrangeant pendant ces deux années, merci pour ces
bons moments passés ensemble, j'ai adoré travailler avec vous, vous me manquez...

A l'équipe de Bicêtre,

Merci de votre accueil...

A Marie-Dominique Gaviot,

Parce que sans toi rien de tout cela ne serait possible, merci de ton aide et de ta
disponibilité...

A Eudes,

Parce que tu es là tout simplement...

QUI SE PLAINT AUX URGENCES ET POURQUOI?

Introduction

1. Etat des lieux concernant les plaintes et réclamations

1.1. Précurseurs dans le domaine : les Etats-Unis

1.1.1. Progression du nombre de plaintes

1.1.2. Conséquences de la recrudescence des plaintes

1.1.2.1. L'explosion des primes d'assurance professionnelles

1.1.2.2. Modifications de la répartition des spécialités médicales

1.1.2.3. Une pratique défensive de la médecine

1.2. Emergence de la notion d' « événement indésirable lié aux soins »

1.3. Etudes descriptives de plaintes et réclamations aux urgences

1.3.1. Qui porte plainte ?...

1.3.2. ... et pourquoi ?

1.3.2.1. Communication ou prise en charge médicale ?

1.3.2.2. Pour quel motif de consultation ?

2. Matériel et méthodes

2.1. Matériel

2.1.1. Lieux

2.1.1.1. Hôtel Dieu

2.1.1.2. Cochin

2.1.1.3. Les services d'accueil des urgences

2.1.2. Critères d'inclusion

2.1.3. Critères d'exclusion

2.2. Méthode

2.2.1. Données d'information retenues concernant le patient

2.2.2. Analyse des lettres de réclamation permettant de retenir les principaux griefs et doléances.

2.2.3. L'analyse des dossiers médicaux

2.2.3.1. Survenue d'un EILAS ou non

2.2.3.2. Présence ou non d'erreur patente et identification de l'intervenant responsable de l'erreur le cas échéant.

2.2.3.3. Recherche des facteurs pouvant favoriser la survenue de l'erreur ou de la plainte

2.2.3.3.1. En amont

2.2.3.3.2. En aval

3. Résultats

3.1. Données d'information retenues concernant le patient

3.1.1. Age

3.1.2. Sexe

3.1.3. Délai de plainte ou de réclamation

3.1.4. Nombre de plaintes en fonction du mois

3.1.5. Heure de passage

3.1.6. Durée de passage

3.1.7. Motif de consultation

3.2. Analyse des lettres de réclamation permettant de retenir les principaux griefs et doléances

3.2.1. Répartition des griefs

3.2.2. Libellé complet des griefs et doléances

3.3. L'analyse des dossiers médicaux

3.3.1. Survenue d'un EILAS ou non

3.3.2. Présence ou non d'erreur patente déterminée par un expert

3.3.3. Relation entre EILAS et erreur patente

3.3.4. Identification de l'intervenant responsable de l'erreur patente (121 dossiers concernés).

3.3.5. Facteurs pouvant favoriser la survenue de l'erreur ou de la plainte

3.3.5.1. En amont

3.3.5.1.1. Présence ou non d'une séparation médico-chirurgicale dans l'organisation des urgences

3.3.5.1.2. Présence ou non de la spécialité concernée dans l'établissement

3.3.5.1.3. Manque de personnel le jour de la consultation motivant la réclamation

3.3.5.1.4. Nombre de patients inhabituellement élevé

3.3.5.1.5. Fatigue (critère retenu si le patient a été reçu pendant la garde, nuit ou week-end)

3.3.5.1.6. Pas de protocole écrit dans le service correspondant au cas du patient étudié

3.3.5.2. En aval

3.3.5.2.1. Pas de lit d'aval adapté

3.3.5.2.2. Pas d'appel au référent

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

4.2. Biais et limites de l'étude

4.2.1. Hétérogénéité des données

4.2.2. Organisation/séniorisation

4.2.3. Dénominateur

4.2.4. Echantillons de petite taille pour l'analyse des facteurs favorisant la survenue d'erreur

4.2.5. Manque de données sur la population de référence

4.3. Perspectives

4.3.1. Eviter l'erreur pour éviter les plaintes et réclamations

4.3.1.1. Eviter l'erreur individuelle : améliorer la formation des médecins et des infirmiers(ères)

4.3.1.2. Eviter l'erreur systémique

4.3.2. Améliorer la communication

4.3.2.1. La communication en tant que grief

4.3.2.2. La communication en cas d'EILAS et en cas d'erreur

4.3.3. Autres pistes pour diminuer le nombre de réclamations.

Conclusion

Bibliographie

Introduction

Les réclamations et les plaintes touchent de plus en plus, en France, l'exercice de la médecine dans toutes ses spécialités. La médecine générale ne fait pas exception.

Les causes de ces plaintes et réclamations sont probablement nombreuses et multifactorielles. La survenue d'erreur, d'aléa thérapeutique, un dysfonctionnement du système de soin, ou l'incompréhension de ce système par le patient (parfois par manque d'information), un décalage entre la demande et la réponse fournie, peuvent être à l'origine de mécontentement de la part du patient.

En France il n'existe pas à notre connaissance de travail descriptif sur ce sujet, en dehors de l'analyse de la jurisprudence sur les plaintes donnant lieu à une procédure judiciaire, ce qui reste exceptionnel.

Cependant, le recueil de données exhaustives et l'analyse des dossiers de manière reproductible et standardisée sont rendus complexes par l'hétérogénéité des pratiques, les modes de réclamations très variés (simple reproche verbal, plainte au conseil de l'ordre, recours à la voie juridictionnelle), et le grand nombre de praticiens.

Devant la difficulté que pose une étude représentative des plaintes et réclamations en médecine générale de ville, nous nous sommes intéressés aux services d'urgences.

En effet, les services d'accueil des urgences effectuent dans leur grande majorité des actes de médecine générale, et reçoivent régulièrement des lettres de réclamations directement adressées à l'hôpital, et des plaintes centralisées par l'administration hospitalière.

Nous avons donc choisi d'étudier les plaintes et réclamations parvenues dans 2 grands services d'accueil des urgences parisiens ainsi que les plaintes parvenues au siège de l'APHP entre 2000 et 2008, au moyen d'une étude rétrospective.

Le but de ce travail descriptif est d'identifier les facteurs de survenue des erreurs ainsi que les facteurs à l'origine du mécontentement des patients, afin de prévenir et d'éviter ces événements.

Secondairement, une analyse spécifique sur la nature des erreurs permet de déterminer les éventuelles mesures interventionnelles afin d'améliorer nos pratiques.

1. Etat des lieux concernant les plaintes et réclamations

La multiplication des plaintes est un phénomène récent, tant en France que dans les pays anglo-saxons.

1.1. Précurseurs dans le domaine : les Etats-Unis

1.1.1. Progression du nombre de plaintes

D'après Olsen R.N. dans "The reform of medical malpractice law : Historical perspectives"(1) le nombre de jugements et de plaintes pour fautes médicales n'a pas cessé d'augmenter depuis le milieu des années 1950 et les réformes juridiques au niveau des différents Etats, pendant la même période, se sont succédées à une cadence très élevée.

En effet, selon John D. Dunn et Thom A. Mayer (2), dans les années 1960 les assurances couvrant les risques liés aux erreurs médicales étaient très peu coûteuses pour les médecins, quelle que soit leur spécialité et offraient une très bonne couverture des risques. A cette époque, selon eux, les problèmes médico-légaux avaient peu d'impact sur la pratique médicale.

D'après ces auteurs, les années 1970 ont vu, aux Etats-Unis, un véritable boom des poursuites judiciaires en matière d'erreur médicale en raison notamment de modification de certaines règles juridiques facilitant l'engagement des poursuites. Le système d'assurances professionnelles financé de longue date par la communauté médicale, s'est retrouvé progressivement débordé par une débauche de recours et une explosion incontrôlée des montants des dommages accordés aux patients, entraînant une augmentation exponentielle des primes d'assurance (3).

En effet, la législation en matière de responsabilité civile a été appliquée avec une grande variabilité en fonction des différents Etats, et des différentes juridictions, et a favorisé une surenchère dans les montants octroyés en compensation des dommages, par absence de plafonnement des montants. Historiquement, le système judiciaire américain privilégie l'indemnisation financière par rapport à la sanction pénale. Porter plainte aux Etats Unis est donc devenu un phénomène lucratif et une véritable économie de marché s'est construite autour de l'indemnisation des accidents médicaux.

Une étude réalisée en 1993 par Anita Karcz et al (4) a recensé 747 dossiers de plaintes déposées contre les médecins urgentistes de l'état du Massachussetts entre 1975 et 1993 (base de données ProMutual). Parmi ces 747 dossiers, 615 avaient été classés, et répartis selon la base de données en : plaintes (279 dossiers), poursuites (270 dossiers), simples dépositions (48 dossiers) et non classés (18 dossiers).

En 2004, R.C. Anderson (5) avançait le chiffre de près de 120 000 recours juridiques pour faute médicale recensés chaque année aux Etats-Unis. Cela signifie qu'un médecin américain sur six ferait l'objet d'une action en justice au cours d'une année (un neurochirurgien sur deux, un obstétricien sur trois)

Les données officielles du nombre de plaintes annuelles aux Etats-Unis sont recensées dans la National Practitioner Data Bank (6), une banque de données établie par le département de santé afin de collecter et d'observer l'évolution du nombre de plaintes et les bonnes pratiques des médecins, dentistes, infirmiers, et autres professionnels de santé. En 2006, le nombre de plaintes concernant les médecins était de 307 937, et concernaient 164 877 praticiens, soit 1,87 plainte par médecin. Sur la même année, 11 759 de ces plaintes ont donné lieu à des indemnisations de patients.

1.1.2. Conséquences de la recrudescence des plaintes

Les conséquences de l'augmentation des plaintes ont surtout été étudiées aux Etats-Unis. En effet, la facilité d'accès aux tribunaux, la fréquence et la sévérité des verdicts des procès pour faute médicale ont entraîné des effets négatifs voire pervers sur le système de santé américain.

1.1.2.1. L'explosion des primes d'assurance professionnelles

Selon une enquête permanente coordonnée par l'American medical association (7), les primes auraient augmenté de 60 à 100% selon les spécialités entre 2000 et 2004, avec des conséquences préoccupantes sur l'exercice de certaines spécialités médicales. Dans certains états, les anesthésistes, neurochirurgiens, obstétriciens ne trouvent plus d'assureurs pour couvrir leur pratique, certains sont même amenés à changer de spécialité.

En effet, même si 70% des plaintes n'aboutissent pas à une indemnisation des plaignants, le coût moyen de sa défense pour le médecin est estimé à 23 000 dollars par recours (8).

Dans les situations où le recours conduit à une indemnisation, le montant moyen du verdict s'élevait à un million de dollars en 2000 (8).

En 2002, l'une des deux plus grosses compagnies d'assurance de l'état du Minnesota (Saint Paul insurance company) était déclarée en faillite après avoir perdu un milliard de dollars au sein de sa branche d'assurance professionnelle médicale.

1.1.2.2. Modifications de la répartition des spécialités médicales

Une étude de Michelle M. Mello et al (9) menée en Pennsylvanie en 2005 met en évidence un réel impact de l'augmentation des coûts des assurances sur le nombre et la répartition de certaines spécialités médicales, en particulier chirurgicales. En effet, on note une nette diminution du nombre de chirurgiens généraux, obstétriciens, orthopédistes et neurochirurgiens dans l'état de Pennsylvanie, certains choisissant de modifier leur pratique (changement ou réduction de la pratique médicale ou arrêt de l'exercice clinique), d'autres préférant migrer vers des états dans lesquels les problèmes d'assurance sont moins marqués. En effet, l'état de Pennsylvanie est un de ceux qui subit de plein fouet le rebond des primes d'assurances, en 2000, un milliard de dollars d'indemnités ont été versés dans le cadre de procès pour faute médicale dans ce seul état (8).

Cette modification de la répartition des spécialités médicales rend l'accès au soin plus difficile dans les états où les primes d'assurances sont élevées en raison du manque de chirurgien par rapport à la demande de soin (9).

Par ailleurs, une étude de Robert M. Rodriguez et al (10) menée en 2007 sur 51 internes en médecine d'urgence, montre un réel impact de la notion de peur de l'erreur médicale sur la motivation et l'engouement concernant leur pratique de la médecine. Au cours de l'étude durant pendant les 4 années d'internat nécessaires pour la formation à la médecine d'urgence, 5 internes quittèrent le programme soit 10%.

1.1.2.3. Une pratique défensive de la médecine

Afin de se prémunir de litiges en responsabilité professionnelle, les médecins américains ont adopté des comportements défensifs dans leur démarche diagnostique et thérapeutique.

Une étude menée par Duhag L. et al a ainsi montré par exemple que 30% des indications des accouchements par césarienne n'étaient pas justifiés par des arguments médicaux mais posés par des arguments médico-légaux (11).

Une autre étude de David A. Katz et al (12), publiée en décembre 2005, a observé les pratiques de 33 médecins urgentistes de 2 hôpitaux d'Iowa city face à 1134 patients présentant des signes pouvant évoquer un syndrome coronarien aigu. Un score évaluant la peur de l'erreur médicale a permis de classer les médecins en trois groupes. Ceux ayant un score élevé, ayant donc la plus grande appréhension de l'erreur médicale, étaient plus enclins à la prescription d'examens complémentaires, biologiques et radiologiques, ainsi qu'à l'hospitalisation des patients présentant un risque faible de syndrome coronarien aigu. Ces variabilités importantes de prise en charge sont associées à une augmentation des coûts de santé en raison de prescription d'examens complémentaires et d'hospitalisations justifiées par la seule appréhension du praticien (13).

Le surcoût de la pratique d'examens à visée défensive est estimé à 50 milliards de dollars chaque année aux Etats-Unis.

Ainsi, on le voit, les plaintes ont augmenté aux Etats-Unis et en Europe, entraînant des modifications profondes de la pratique et de l'économie médicale, engendrant un surcout non négligeable. Les experts s'accordent à penser que la question de la responsabilité médicale doit être traitée comme une question de politique de santé à part entière.

1.2. *Emergence de la notion d' « événement indésirable lié aux soins »*

Devant l'afflux de plaintes, de nombreuses études ont été réalisées aux Etats-Unis dans le but d'évaluer la fréquence de survenue d'incidents médicaux.

Parmi la masse des travaux consacrés à ce problème, deux grandes enquêtes du fait de leur ampleur et de leur qualité sont habituellement citées. La plus importante, dite étude de Harvard, à été conduite sur un échantillon de 31 429 patients hospitalisés en 1984 dans 51 hôpitaux de l'état de New-York. Après étude des dossiers, 1133 événements indésirables graves liés aux soins (décès, allongement d'hospitalisation, séquelles) furent détectés soit 3.7% des hospitalisations. (14)

La deuxième étude, conduite dans les Etats du Colorado et de l'Utah, sur un échantillon de 15000 patients, a retrouvé un taux d'effets indésirables graves peu différent. (15)

Longtemps, le corps médical a été réticent à reconnaître la possibilité de défaillance et d'erreur médicale. Ainsi, la survenue d'un incident était imputée soit à un aléa (accident imprévisible se produisant dans le cours normal d'un traitement médical), soit à une faute professionnelle. La faute était alors vécue par la profession comme un manquement au devoir d'infailibilité. Devant l'affluence des plaintes, le corps médical américain a intégré le concept d'erreur dans l'analyse des dossiers pourvoyeurs de plaintes. Désormais on utilise préférentiellement le terme *d'événement indésirable lié aux soins* (qui inclut l'aléa, l'erreur et la faute), préservant la neutralité quand à la causalité de l'incident.

Cette intégration du concept d'erreur a été concomitante des débuts de l'analyse systémique du fonctionnement du système de santé. A côté de l'erreur individuelle s'est ouverte une nouvelle catégorie : l'erreur systémique. Ainsi en 1999, l'Institute of Medicine, branche de l'académie des sciences des Etats-Unis, à partir notamment des deux études précitées, a fait ressortir, à travers le rapport intitulé « to err is human » (16), que la majorité des erreurs entrain directement ou indirectement, dans la catégorie des erreurs systémiques et que, pour une proportion importante, elles auraient pu être évitées par une meilleure organisation des soins.

Déjà en 1998, une équipe anglaise, s'inspirant des travaux de Reason (1990), a développé une méthode d'investigation et d'analyse des événements indésirables liés au soin basée sur un modèle de causes organisationnelles inspiré de l'aéronautique et de l'industrie nucléaire. Cette méthode a été appliquée à l'étude de 40 incidents survenus dans différentes spécialités médicales, permettant d'accroître la compréhension des mécanismes conduisant aux incidents. (17)

La pratique de l'analyse systémique des EILAS s'est répandue dans les établissements de santé en Europe et aux USA, conduisant parfois à l'amélioration des protocoles de prise en charge et de soin des patients (au cours de réunions de morbi-mortalité).

Dans cet esprit, en allant plus loin, Thomas Nolan a tenté en 2007 d'élaborer de nouveaux types de système organisationnels pour éviter la survenue d'erreurs humaines prévisibles à l'avance, en simplifiant les procédures, en améliorant le traitement des informations, en utilisant l'automatisation de manière rationnelle, en mettant en place des processus contraignant évitant les confusions et en anticipant les risques d'erreur lors de changement de procédures. (18)

1.3. Etudes descriptives de plaintes et réclamations aux urgences

Nous avons trouvé dans la littérature plusieurs études analysant les caractéristiques des plaintes et réclamations aux urgences dans divers pays du monde. En revanche, nous n'avons pas trouvé d'étude équivalente en France.

1.3.1. Qui porte plainte ?...

Une étude australienne publiée en 2002 a recensé et analysé les réclamations adressées à 36 services d'urgences, sur une période de 61 mois.

Parmi les 3418 réclamations, 2095 (63,1%) provenaient d'une autre personne que le patient. Le plus grand nombre de réclamations concernait des femmes, des personnes provenant de pays non anglophones, très jeunes ou très âgées. (19)

A noter qu'une étude réalisée en Suède portant sur les plaintes et demandes d'indemnisation adressées à l'organisme national d'indemnisation des patients (registre exhaustif ne portant pas exclusivement sur les services d'urgence) entre 1996 et 2000, a retrouvé un plus grand nombre de plaintes provenant des femmes mais également une plus grande pertinence des plaintes émanant des femmes. Les plaintes concernant les patients âgés de 40 à 59 ans étaient dans cette étude les plus nombreuses, rapportées à la répartition en âge de la population. (20)

1.3.2. ... et pourquoi ?

Plusieurs études ont analysé les griefs exprimés par les patients ou leurs proches dans les réclamations adressées aux urgences.

1.3.2.1. Communication ou prise en charge médicale ?

L'étude australienne de Taylor et al déjà citée (19), publiée en 2002, portant sur 3418 réclamations adressées à 36 services d'urgences, retrouve 1141 réclamations (33,4%) en rapport avec le traitement ou le diagnostic, 1079 (31,6%) en rapport avec la communication et 407 (11,9%) en rapport avec le temps d'attente et la durée totale de prise en charge.

Une étude anglaise recensant les réclamations adressées à un service d'accueil des urgences Londonien, entre 1982 et 1988 retrouve que, sur 122 réclamations 46 (37,7%) concernaient l'attitude de l'équipe soignante et 14 (11,5%) la communication, 45 (36,6%) concernaient une erreur diagnostique, 40 (32,8%) concernaient le temps d'attente et 18 (14,7%) reprochaient une prise en charge superficielle. (21)

Il apparait donc que les réclamations portent aussi bien sur des problèmes de communication que sur des problèmes de diagnostic et de traitement.

1.3.2.2. Pour quel motif de consultation ?

Une étude américaine publiée en 1996 a analysé l'ensemble des dossiers de plaintes classées (plaintes et poursuites) enregistrées à l'encontre des médecins urgentistes dans l'Etat du Massachusetts entre 1975 et 1993. Sur les 549 plaintes étudiées, 350 (63,75%) concernaient

un groupe de 8 motifs de consultation prédéfinis comme étant des motifs de consultation à haut risque de problèmes médico-légaux : douleur thoracique, douleur abdominale, plaies, fractures, fièvre chez l'enfant/méningite, hémorragie cérébrale, anévrisme de l'aorte abdominale et épiglottite. Dans ce groupe, 57 plaintes concernaient une douleur thoracique (10,38% du total des plaintes), 109 une plaie (19,85%), 97 une fracture (17,67%) et 55 une douleur abdominale (10,02%). (4)

Cette rapide revue de la littérature sur le sujet des plaintes et réclamations en médecine et plus particulièrement aux urgences met en évidence plusieurs problèmes : l'augmentation du nombre de plainte est une réalité tant en Europe qu'aux Etats-Unis entraînant une augmentation des coûts de primes d'assurance, un inconfort de la pratique médicale et le développement d'une pratique défensive de la médecine à l'origine d'un surcoût global important.

Le constat de ce problème a conduit à une approche différente des erreurs médicales, introduisant le nouveau concept d'événement indésirable lié aux soins.

Dans ce contexte, de nombreuses études ont été réalisées à travers le monde pour analyser l'épidémiologie des plaintes et réclamations, en particulier aux urgences.

Or, aucune étude à notre connaissance n'a fait l'état des lieux de ces plaintes et réclamations dans les services d'accueil des urgences français.

2. Matériel et méthodes

Dans ce contexte, nous avons mené une étude descriptive des plaintes et réclamations à l'encontre de services d'urgences français.

2.1. Matériel

2.1.1. Lieux

Nous avons mené notre étude dans les services d'urgences adultes de deux hôpitaux parisiens : Hôtel Dieu et Cochin. Nous avons également étudié les plaintes concernant les autres services d'urgences ayant été transmises au siège de l'APHP.

2.1.1.1. Hôtel Dieu

L'Hôtel Dieu est notamment composé de :

- 5 services de médecine (médecine interne, endocrinologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie-oncologie)
- 3 services de chirurgie (chirurgie digestive, chirurgie thoracique, ophtalmologie)
- 2 services de réanimation (médicale et chirurgicale)
- 1 service de psychiatrie
- 1 service d'accueil des urgences adultes
- 1 service médical d'urgence et de réanimation
- 1 unité médico-judiciaire
- 1 centre de consultations externes
- 1 service de radiologie

- 1 service de biologie (biochimie, hématologie-immunologie, bactériologie-virologie, pharmacologie, anatomo-pathologie)

Soit au total 349 Lits d'hospitalisation et 32 lits d'hôpital de jour, 31 417 hospitalisations par an, 316 317 consultations par an. (Chiffres 2006) (Site internet APHP).

L'effectif médical est de 312, l'effectif non médical est de 1 485.

2.1.1.2. Cochin

L'hôpital Cochin regroupe notamment :

- 10 services de médecine recouvrant 8 spécialités médicales (cardiologie, médecine interne, endocrinologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie-oncologie, rhumatologie, dermatologie)
- 7 services de chirurgie recouvrant 6 spécialités chirurgicales (chirurgie hépatique, orthopédie, urologie, gynécologie-obstétrique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie)
- 3 services de réanimation (médicale, chirurgicale, brûlés)
- 2 services de psychiatrie
- 1 service d'accueil des urgences adultes
- 1 service de néonatalogie
- 2 services de radiologie
- 1 service de biologie (biochimie, hématologie-immunologie, bactériologie-virologie, pharmacologie, anatomo-pathologie)

Soit au total 1 152 Lits d'hospitalisation et 80 lits d'hôpital de jour, 47 381 hospitalisations par an, 540 067 consultations par an, 5 761 naissances. (Chiffres 2006) (Site internet APHP).

L'effectif médical est de 700, l'effectif non médical est de 4 484.

2.1.1.3. Les services d'accueil des urgences

Le SAU de l'Hôtel Dieu compte 42000 passages annuels et 22 praticiens correspondant à 16,5 équivalents temps plein.

Le SAU de l'hôpital Cochin compte 51000 passages annuels et 15 praticiens temps plein.

Les deux services appartiennent à des CHU et accueillent des internes et des étudiants hospitaliers.

2.1.2. Critères d'inclusion

Il s'agit d'une étude rétrospective reposant sur l'analyse de lettres et de dossiers de réclamations de 1998 à 2008.

Nous avons retenu pour l'étude toute lettre de réclamation provenant d'un patient, d'un membre de sa famille ou autre (avocat, médecin traitant...), au sujet de sa prise en charge aux urgences, parvenant aux urgences au cours de la période étudiée (reçue directement au secrétariat du service des urgences ou transmise par le secrétariat du directeur de l'hôpital) ; toute plainte concernant les services d'urgences de l'APHP transmise au siège de l'APHP au cours de la période étudiée.

2.1.3. Critères d'exclusion

Les réclamations concernant des problèmes ne portant pas sur la prise en charge médicale ou non médicale (perte d'effets personnels...). Les lettres de remerciements ou de satisfaction.

2.2. Méthode

Les lettres incluses ainsi que les dossiers médicaux de chaque patient ont été examinés. Un expert a déterminé pour chaque dossier si la prise en charge globale du patient était conforme aux bonnes pratiques et si une erreur médicale, paramédicale ou autre avait été mise en évidence.

2.2.1. Paramètres étudiés

2.2.1.1. Données d'information retenues concernant le patient

- Les trois premières lettres du nom de famille.
- Age au moment de la consultation
- Sexe
- Hôpital où a eu lieu la consultation
- Délai de plainte
- Année de consultation
- Mois de consultation
- Heure de passage : séparation effectuée entre journée et garde (nuit et week-end)
- Durée de passage aux urgences (en heures)
- Motif de consultation classé par spécialité

2.2.1.2. Analyse des lettres de réclamation permettant de retenir les principaux griefs et doléances.

- Répartition des griefs en cinq groupes selon qu'ils concernaient l'accueil (A), le diagnostic (D), le traitement (T), l'orientation (O) ou l'attente (W) ; un ou plusieurs griefs pouvaient être retenus pour chaque dossier.
- Libellé complet des griefs et doléances afin d'identifier les demandes les plus fréquentes.

2.2.1.3. L'analyse des dossiers médicaux

2.2.1.3.1. Survenue d'un EILAS ou non

Un événement indésirable lié aux soins peut être défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention. La survenue d'un événement indésirable ne signifie pas nécessairement qu'une erreur a été commise dans la prise en charge du patient, ni en amont ; une part importante des EILAS est, en effet, la conséquence de risques inhérents aux processus de soins.

Pour chaque réclamation, un expert a déterminé, à la lecture du dossier correspondant, la présence ou non d'un EILAS.

2.2.1.3.2. Présence ou non d'erreur patente et identification de l'intervenant responsable de l'erreur le cas échéant.

Pour chaque réclamation, un expert a déterminé, à la lecture du dossier, la présence ou non d'une erreur patente dans la prise en charge du patient. Une erreur patente est estimée

présente lorsque le protocole (ou les bonnes pratiques médicales en l'absence de protocole écrit) correspondant au cas traité n'a pas été respecté.

Si la présence d'une erreur patente est identifiée, la causalité de l'erreur est imputée après étude du dossier :

- A l'infirmier(ère)(I), si l'acte concernait l'IAO (infirmier(ère) d'accueil et d'orientation) ou un geste infirmier pur ; nous avons décidé de relier ce type d'erreur à une erreur de routine
- A l'interne (R), si le dossier ne comporte pas de nom de senior ; nous avons décidé de considérer que ce type d'erreur était imputable à une absence de formation en médecine d'urgence
- Au senior (S), pour toute autre erreur d'origine médicale ; dans ce cas, nous avons défini l'erreur comme une inactivation des connaissances
- A une autre personne (A) : aide soignant, chirurgien, radiologue...

2.2.1.3.3. Recherche des facteurs pouvant favoriser la survenue de l'erreur ou de la plainte

Pour chacun des facteurs suivants, nous avons étudié l'association avec la survenue ou non d'une erreur.

2.2.1.3.3.1. En amont

- Présence ou non d'une séparation médico-chirurgicale dans l'organisation des urgences
- Présence ou non de la spécialité concernée dans l'établissement
- Manque de personnel le jour de la consultation motivant la réclamation

- Nombre de patients inhabituellement élevé
- Fatigue (critère retenu si le patient a été reçu pendant la garde, nuit ou week-end)
- Pas de protocole écrit dans le service correspondant au cas du patient étudié

2.2.1.3.3.2. En aval

- Pas de lit d'aval adapté
- Pas d'appel au référent

Le risque de survenue d'une erreur en fonction de la variation de chacun de ces facteurs d'amont et d'aval a été étudié statistiquement par le test de chi² ou le test de Fisher en fonction de la taille des effectifs.

3. Résultats

343 lettres ont été incluses, 193 parvenues à Cochin, 113 à l'Hôtel Dieu, 37 dans 16 autres hôpitaux de l'APHP.

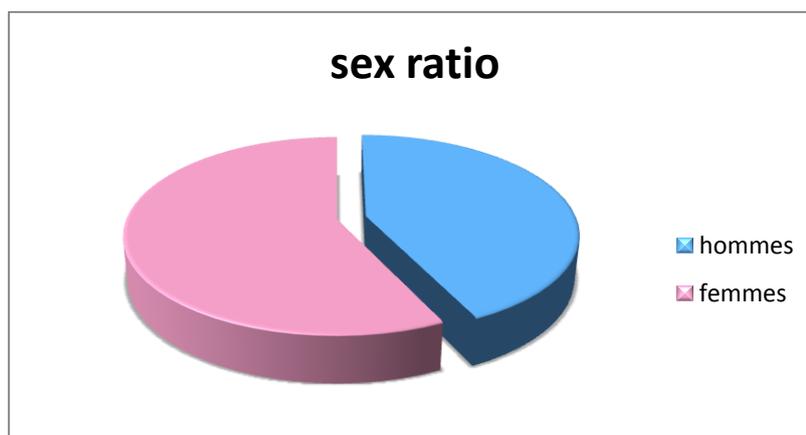
3.1. Données d'information retenues concernant le patient

3.1.1. Age

L'âge des patients faisant l'objet d'une lettre de réclamation ou de plainte se situe entre 1 et 102 ans, la moyenne d'âge est de 49,5 ans, et la médiane est à 49 ans.

3.1.2. Sexe

La répartition des patients concernés par la réclamation ou la plainte en fonction du sexe est de 195 femmes pour 147 hommes (sex ratio=1,32).

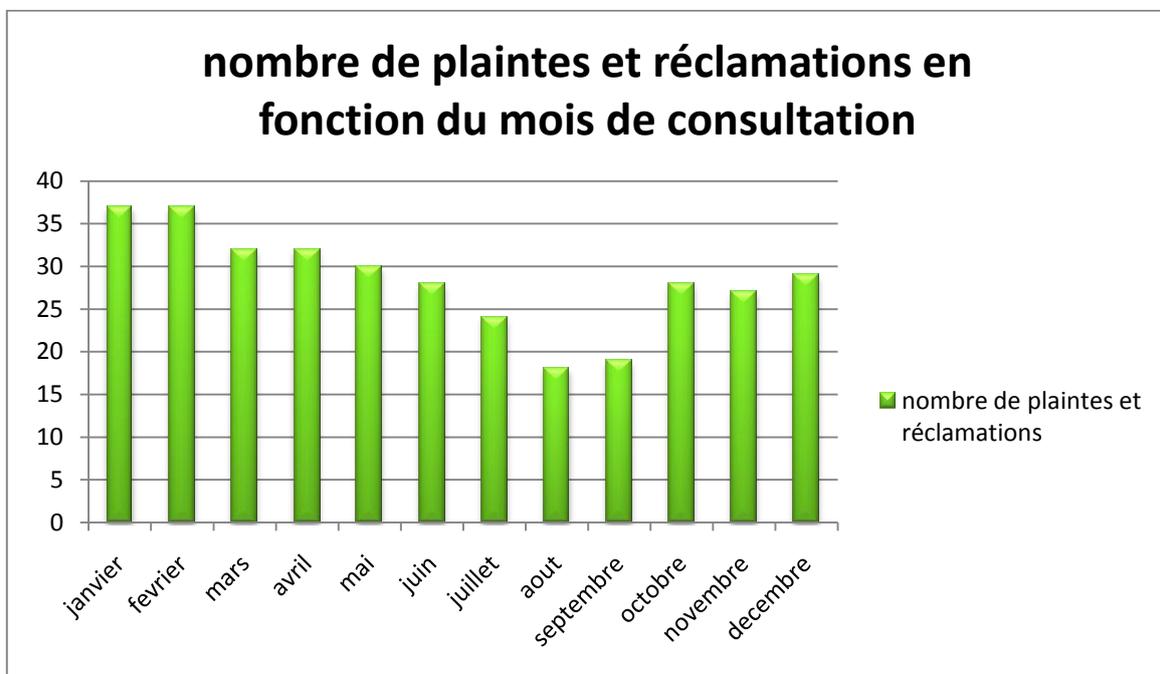


3.1.3. Délai de plainte ou de réclamation

Le délai minimal de plainte ou réclamation est de 1 jour, le délai maximal est de 9 ans. La moyenne globale de plainte est de 2,55 mois. La médiane est de 1 mois soit 50% des patients qui réclament avant 1 mois.

3.1.4. Nombre de plaintes en fonction du mois

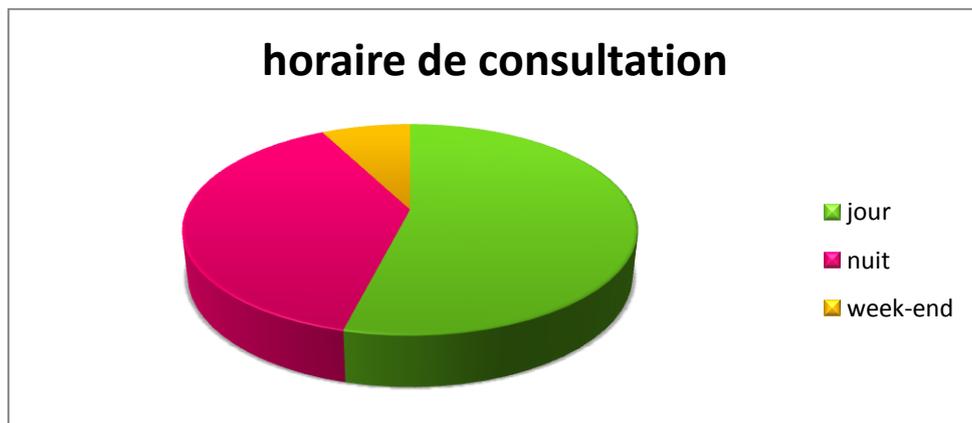
La répartition des plaintes en fonction du mois de l'année ne montre pas de différence significative selon le mois de l'année : 37 réclamations concernent des consultations ayant eu lieu en janvier, 37 en février, 32 en mars, 32 en avril, 30 en mai, 28 en juin, 24 en juillet, 18 en août, 19 en septembre, 28 en octobre, 27 en novembre et 29 en décembre.



On ne constate donc pas de recrudescence du nombre de plaintes et réclamations au cours des mois de Mai et Novembre (mois de changement de poste des internes).

3.1.5. Heure de passage

Sur les 343 lettres de réclamation, 132 concernent une consultation ayant eu lieu la nuit et 26 le week-end, soit 158 au total (46%) concernant des consultations ayant eu lieu sur des horaires de garde.



3.1.6. Durée de passage

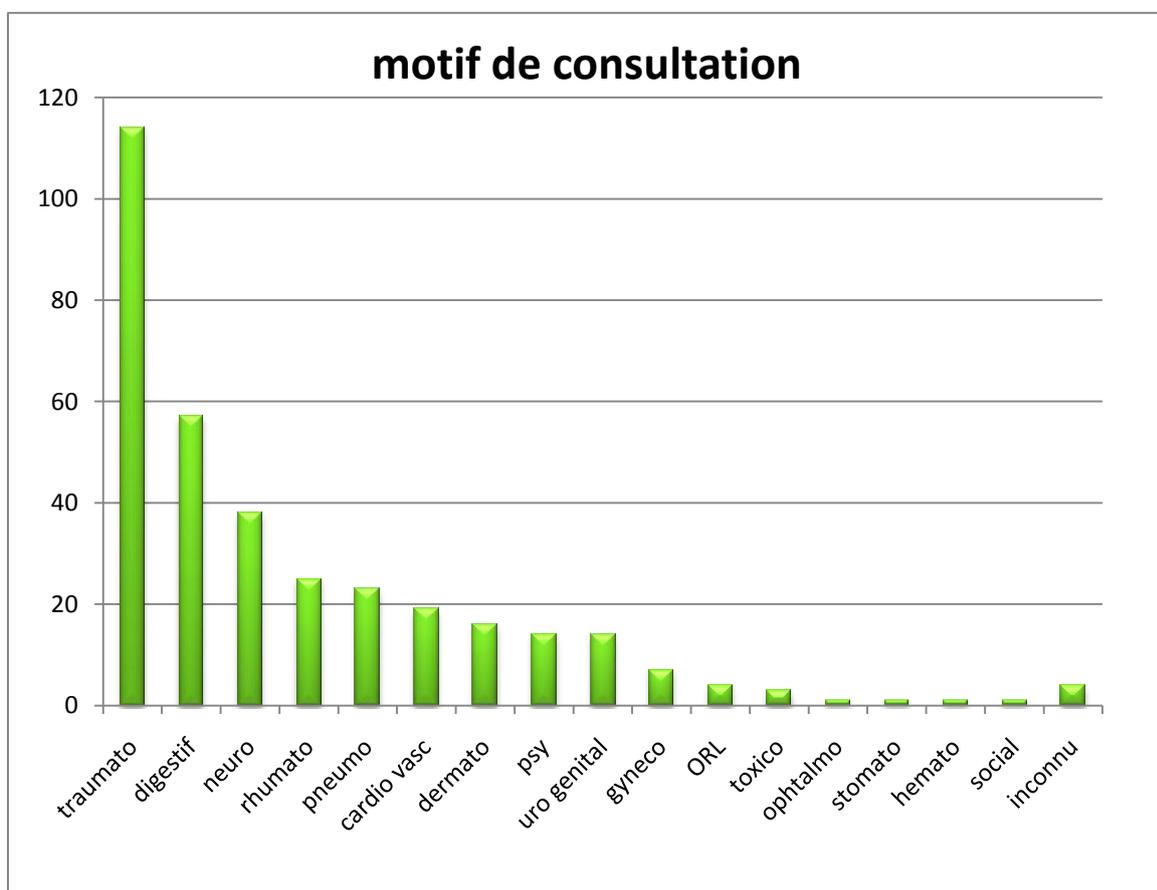
La durée moyenne de passage aux urgences dans cette cohorte de patients est de 3h39.

La durée moyenne de passage dans le groupe avec erreur est de 3h40, la durée moyenne de passage dans le groupe sans erreur est de 3h39. Ainsi, aucune différence significative n'est retrouvée sur la durée de passage qu'il y ait une erreur ou non. ($p=0,46$)

Les patients dont le principal grief est l'attente ont une durée moyenne de passage aux urgences de 3h41, c'est-à-dire non différente de la moyenne globale. ($p=0,16$)

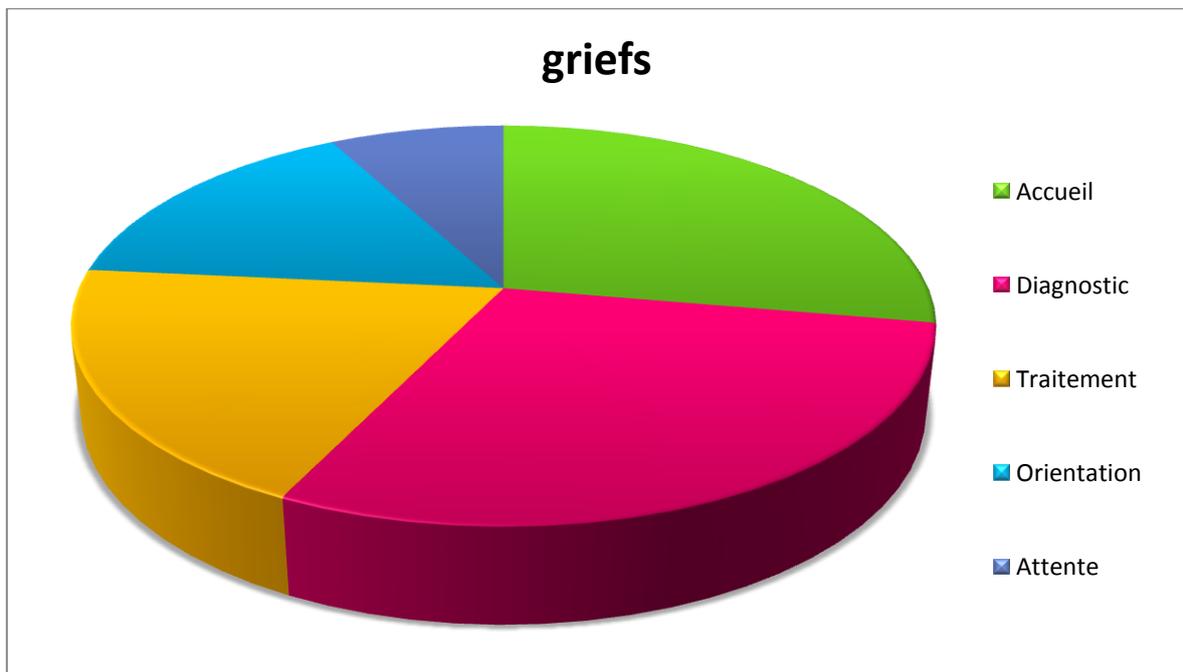
3.1.7. Motif de consultation

Les différents motifs de consultation par spécialités retrouvés dans les dossiers des patients sujets à plainte ou réclamation sont : traumatologie (114 soit 33%), digestif (57 soit 17%), neurologie (38 soit 11%), rhumatologie (25), pneumologie (23), cardio-vasculaire (19), dermatologie (16), psychiatrie (14), urogénital (14), gynécologie (7), ORL (4), toxicologie (3), ophtalmologie (1), stomatologie (1), hématologie (1), social (1), inconnu (4).



3.2. Analyse des lettres de réclamation permettant de retenir les principaux griefs et doléances

3.2.1. Répartition des griefs

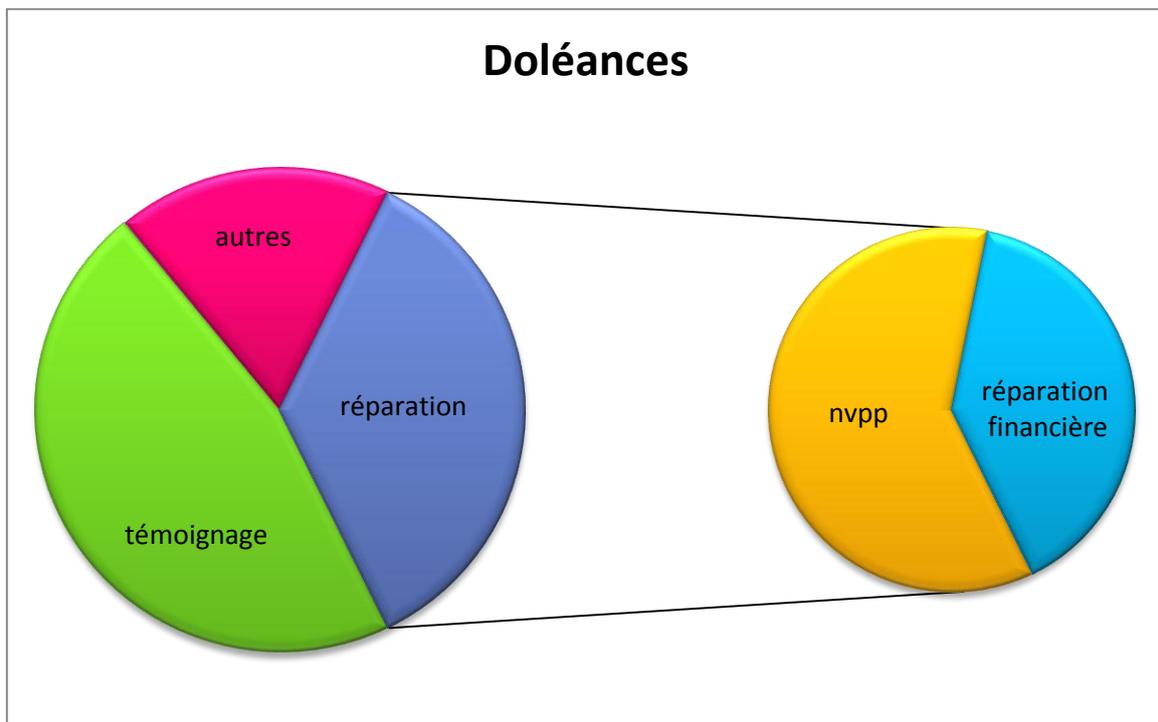


- 103 concernant l'accueil soit 30%
- 109 concernant le diagnostic soit 32%
- 72 concernant le traitement soit 21%
- 58 concernant l'orientation soit 17%
- 29 concernant l'attente 8,5%

Le total des dossiers répartis par griefs est supérieur à 100% car 40 dossiers comportaient plus d'un grief.

3.2.2. Libellé complet des griefs et doléances

En étudiant les griefs et doléances de façon détaillées, on remarque pour commencer que deux grands groupes de doléances apparaissent : la réclamation en vue d'un témoignage (188), et celle en vue d'une réparation financière (incluant les réclamations de remboursement et demande d'indemnisation (30 dossiers) et les réclamations des patients qui ne veulent pas payer la consultation (nvpp=57 dossiers)).



D'autre part, on constate que le manque d'empathie et le défaut de communication et d'information sont des griefs qui reviennent de façon fréquente que ce soit au premier plan ou au deuxième plan de la réclamation.

Sur les 343 dossiers étudiés, 78 patients reprochent un manque d'empathie et 19 un manque d'information, soit au total 97 patients ayant pour grief une mauvaise communication (28,2%).

Sur ces 97 dossiers, on retrouve une erreur dans 29% des cas (28 dossiers). La survenue d'erreur dans ce groupe n'est pas significativement différente de celle dans le groupe total des réclamations (35,3%) $p=0,24$.

3.3. *L'analyse des dossiers médicaux*

3.3.1. Survenue d'un EILAS ou non

Sur les 343 dossiers étudiés, l'expert a retrouvé un EILAS dans 210 cas (61,2%).

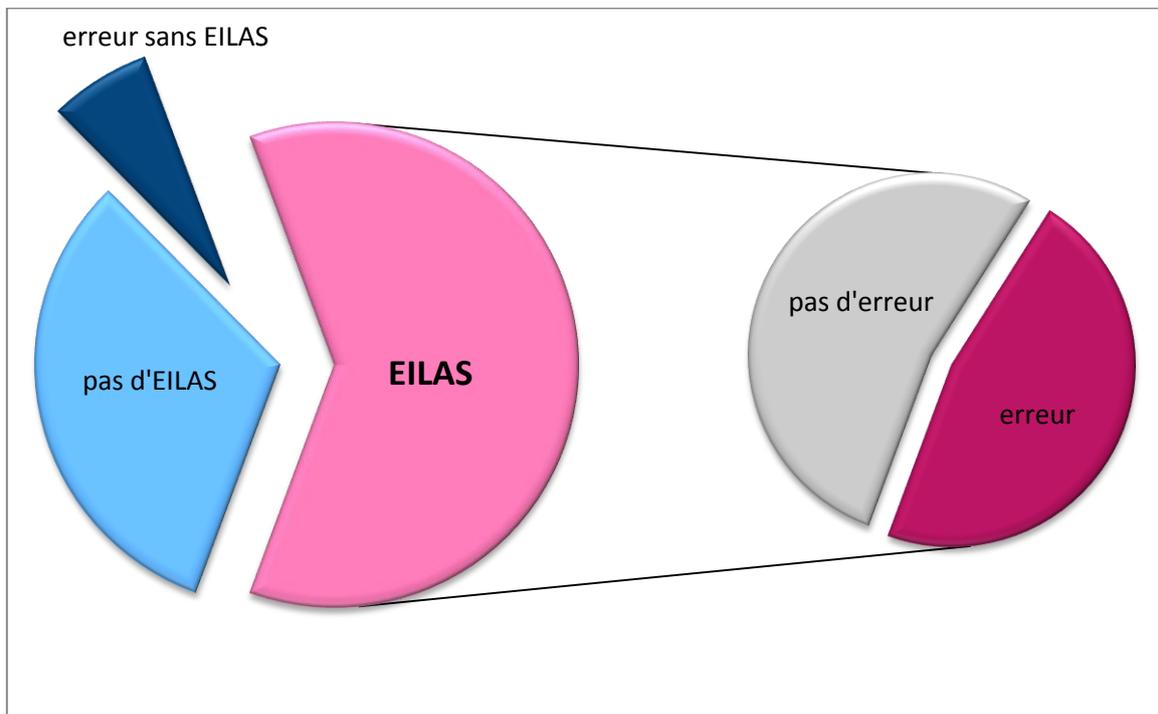
3.3.2. Présence ou non d'erreur patente déterminée par un expert

Sur les 343 dossiers étudiés, l'expert a retrouvé une erreur patente dans 121 cas (35,3%)

3.3.3. Relation entre EILAS et erreur patente

	EILAS	Pas d'EILAS	total
Erreur	98	23	121
Pas d'erreur	112	110	222
Total	210	133	343

La survenue d'un EILAS est fortement liée a la survenue d'une erreur patente. ($p < 0,001$)



3.3.4. Identification de l'intervenant responsable de l'erreur patente (121 dossiers concernés).



Si une erreur est retrouvée, la responsabilité des médecins séniors est mise en cause trois fois plus fréquemment que celle de l'interne (58,7% contre 19,8%).

3.3.5. Facteurs pouvant favoriser la survenue de l'erreur ou de la plainte

3.3.5.1.1. En amont

3.3.5.1.1.1. Présence ou non d'une séparation médico-chirurgicale dans l'organisation des urgences

	Séparation m/chir	Pas de séparation	total
Erreur	11	110	121
Pas d'erreur	5	217	222
total	16	327	343

La présence d'une séparation médico-chirurgicale dans les services d'urgences étudiés est associée à une augmentation significative du risque de survenue d'erreur ($p < 0,05$).

3.3.5.1.1.2. Présence ou non de la spécialité concernée dans l'établissement

	Absence de la spécialité	Présence de la spécialité	total
Erreur	3	118	121
Pas d'erreur	3	219	222
total	6	337	343

L'absence de la spécialité concernée dans l'établissement n'est pas associée à l'augmentation du risque de survenue d'erreur ($p = 0,42$).

3.3.5.1.1.3. Manque de personnel le jour de la consultation
motivant la réclamation

	Manque de personnel	Pas de manque de personnel	total
Erreur	3	118	121
Pas d'erreur	3	219	222
total	6	337	343

Le manque de personnel le jour de la consultation n'est pas relié à une modification du risque de survenue d'erreur ($p=0,42$).

3.3.5.1.1.4. Nombre de patients inhabituellement élevé

	Nombre élevé	Nombre normal	total
Erreur	18	103	121
Pas d'erreur	35	187	222
total	53	290	343

On ne constate pas d'augmentation significative du nombre d'erreur lorsque le nombre de patient est inhabituellement élevé dans les services d'urgences ($p=0,83$).

3.3.5.1.1.5. Fatigue (critère retenu si le patient a été reçu pendant la garde, nuit ou week-end)

	Fatigue	Pas de fatigue	total
Erreur	43	78	121
Pas d'erreur	88	134	222
total	131	212	343

Aucune association n'est retrouvée entre le critère « fatigue » et l'augmentation de survenue d'erreurs ($p=0,45$).

3.3.5.1.1.6. Pas de protocole écrit dans le service correspondant au cas du patient étudié

	Pas de protocole	Protocole	total
Erreur	10	111	121
Pas d'erreur	5	117	222
total	15	228	343

Le risque de survenue d'erreur est plus important dans les services sans protocoles ($p<0,05$).

3.3.5.1.2. En aval

3.3.5.1.2.1. Pas de lit d'aval adapté

	Pas de lit d'aval adapté	Lit d'aval adapté	total
Erreur	20	101	121
Pas d'erreur	24	198	222
total	44	299	343

L'absence de lit d'aval adapté ne semble pas être un facteur lié à la survenue d'erreurs ($p=0,13$).

3.3.5.1.2.2. Pas d'appel au référent

	Pas d'appel au référent	Appel au référent	total
Erreur	23	98	121
Pas d'erreur	1	221	222
total	24	319	343

L'absence d'appel au référent est significativement liée à l'augmentation de survenue d'erreur ($p<0,05$).

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

Certains éléments se dégagent des données recueillies et analysées.

Concernant la description des réclamations, il s'agit plus souvent de patientes de sexe féminin (sex ratio=1,32), de patients âgés en moyenne de 49,5 ans, et portant plainte ou adressant une réclamation en moyenne 2,55 mois après la date de consultation aux urgences. On ne retrouve pas de pic de réclamations portant sur des consultations ayant eu lieu aux mois de mai ou de novembre (mois de changement de stage des internes).

La durée moyenne de passage aux urgences est de 3h39 (3h40 dans le groupe avec erreur et 3h41 dans le groupe dont le grief principal est l'attente).

A noter que 29 réclamations (8,4%) concernaient le temps d'attente.

Par ailleurs, l'analyse complète des griefs a permis de retrouver que sur 343 dossiers, 97 réclamations (28,2%) avaient pour objet unique ou associé un problème de communication.

Concernant le nombre d'erreurs et/ou d'EILAS reconnus par l'expert lors de l'analyse rétrospective des dossiers ayant fait l'objet d'une réclamation, il apparaît qu'aucune erreur patente n'a été identifiée dans environ 2/3 des cas (65%), et qu'il n'y avait pas d'EILAS dans environ 1/3 des cas (38%)

Lors de l'analyse des facteurs associés au risque de survenue d'erreur, deux facteurs ont été retenus comme significativement associés à ce risque. L'absence de protocole dans le service semble être un facteur favorisant le risque de survenue d'erreur. Par ailleurs, une différence

très significative a été retrouvée pour le facteur « appel au médecin référent ». Bien que l'échantillon regroupant les dossiers où cet appel n'a pas été fait soit de taille relativement faible, la survenue d'erreur est très nettement plus fréquente dans ces dossiers. L'appel au référent apparait donc comme un facteur protecteur de la survenue d'erreur.

4.2. Biais et limites de l'étude

4.2.1. Hétérogénéité des données

Les données de notre étude proviennent de différents services d'accueil des urgences, tous faisant partie de l'APHP, mais avec des fonctionnements parfois différents. Les populations qui fréquentent ces différents services sont également différentes.

Par ailleurs, les plaintes et réclamations concernent des patients ayant consulté aux urgences pour des motifs divers (médecine, traumatologie, psychiatrie, ...), relevant de niveaux de gravité variables.

4.2.2. Organisation/séniorisation

L'organisation du fonctionnement des services d'urgences de l'APHP comporte l'intervention d'étudiants en médecine et d'internes en formation, ainsi que des médecins séniors.

Il est parfois difficile de discerner dans des dossiers « séniorisés » (c'est-à-dire comportant le nom d'un médecin sénior responsable) quelle a été la part des uns ou des autres dans la

réalisation de l'interrogatoire, de l'examen clinique, de la prescription d'examens complémentaires et de traitements, dans l'orientation du patient, et éventuellement dans la survenue d'une erreur ou d'un EILAS.

Il a été décidé de classer un dossier comme « séniorisé » dès lors qu'un nom de médecin sénior était inscrit et de considérer a priori le médecin comme responsable en cas de survenue d'une erreur médicale.

A l'inverse, il est possible que certains dossiers où ne figure pas de nom de médecin sénior aient fait l'objet d'une prise en charge en partie validée par un sénior.

Il a été décidé de considérer l'interne comme responsable de la survenue d'une éventuelle erreur médicale dans ce cas.

Par ailleurs, la façon dont a été menée cette étude n'a pas permis de mettre en évidence d'éventuelles co-responsabilités médicales (entre médecin et interne ou entre médecins séniors) ou médico-infirmières.

De plus, les recommandations de nombreux services d'urgences de l'APHP en particulier à Cochin et à l'Hôtel Dieu (qui sont les deux hôpitaux pour lesquels nous avons le plus de données) entraînent une généralisation de la séniorisation des dossiers, ce qui peut expliquer le faible nombre de dossiers impliquant un interne comme responsable d'une erreur.

4.2.3. Dénominateur

Dans notre étude, nous avons analysé les dossiers ayant fait l'objet d'une plainte ou d'une réclamation écrite. Nous avons tenté d'identifier certains facteurs pouvant être associés statistiquement à un plus grand risque de survenue d'un EILAS ou d'une erreur.

Or, d'une part, nous ne disposons pas d'éventuelles réclamations ou plaintes verbales permettant d'identifier des dossiers complémentaires, d'autre part, nous ne connaissons pas le nombre de dossiers pour lesquels, au cours de la période d'étude, une erreur ou un EILAS sont intervenus sans que le patient ou l'un de ses proches aient formulé de réclamation écrite ou de plainte (soit par méconnaissance de l'erreur soit par simple absence de réclamation à ce sujet).

De même, nous ne savons pas quels sont les facteurs (propres au patient lui-même ou à la nature de son cas) qui poussent certaines personnes à adresser une réclamation tandis que d'autres ne le font pas pour des situations similaires (éventuel biais de recrutement).

4.2.4. Echantillons de petite taille pour l'analyse des facteurs favorisant la survenue d'erreur

Dans notre étude nous avons malheureusement parfois eu à traiter des échantillons trop petits pour pouvoir obtenir une puissance suffisante pour établir une différence significative de survenue d'erreur en fonction de certains facteurs.

4.2.5. Manque de données sur la population de référence

Il nous a parfois manqué des données quand à la population fréquentant les urgences. Par exemple, pour étudier le risque de survenue d'erreur la nuit et le week-end, les seules valeurs absolues de nombre de réclamation concernant ces périodes sont insuffisantes. Il nous faudrait établir un nombre de passage horaire moyen pour les différentes périodes (jour, nuit, week-end), et rapporter le nombre de réclamations au nombre de passage.

4.3. *Perspectives*

4.3.1. Eviter l'erreur pour éviter les plaintes et réclamations

A l'issue de cette étude rétrospective il apparait que les réclamations adressées aux services d'urgences concernent des dossiers dans lesquels un EILAS a été identifié dans 2/3 des cas et une erreur patente dans 1/3 des cas.

Il parait donc licite de penser que réduire l'occurrence d'erreurs et d'EILAS dans les services d'urgence aura pour effet de limiter le nombre de plaintes et réclamations.

4.3.1.1. Eviter l'erreur individuelle : améliorer la formation des médecins et des infirmiers(ères)

La première idée venant à l'esprit pour diminuer le nombre d'erreurs individuelles est d'améliorer la formation du personnel des urgences.

Dans ce sens, une étude rétrospective menée aux USA et publiée en 2000 a montré que les médecins urgentistes ayant reçu une formation initiale spécifique en médecine d'urgence lors de leur internat avaient fait l'objet de plaintes ayant entraîné une indemnisation totale moindre que les plaintes à l'encontre des médecins urgentistes n'ayant pas reçu cette formation spécifique. Sur 428 dossiers de plaintes, 14,9% avaient fait l'objet d'une condamnation avec indemnisation, respectivement 22,4% pour les médecins n'ayant pas reçu la formation versus 13,3% pour les médecins formés ($p=0,04$). (22)

En France, la formation initiale des médecins urgentistes s'est modifiée depuis 5 ans avec la création d'un DESC de médecine d'urgence.

De plus, la formation continue des médecins au sein des services d'urgences est une obligation à remplir pour les établissements de santé.

4.3.1.2. Eviter l'erreur systémique

Comme nous l'avons vu précédemment, à côté de la notion d'erreur individuelle est apparu en médecine le concept d'erreur systémique, largement inspiré de l'aéronautique.

Dans une étude française à l'échelle nationale et portant sur l'ensemble des événements indésirables graves liés aux soins (Etude ENEIS) ayant porté sur un échantillon de 8754 hospitalisations dans des unités de médecine et de chirurgie d'établissements publics et privés, des causes latentes ont été retrouvées pour la plupart des événements indésirables graves survenus au cours de l'hospitalisation. Les causes les plus fréquentes étaient l'absence de protocoles, l'insuffisance de communication entre les professionnels et le patient, l'inadaptation de la planification des tâches et les défauts de communication interne. (23)

Dans notre étude, l'absence d'appel à un médecin référent apparaît comme fortement associé à taux élevé de survenue d'erreurs patentes. Ceci est un exemple typique de l'importance de la prévention des erreurs systémiques.

Dans ce sens, les services d'urgences organisent de plus en plus de réunions de morbi-mortalité, dont l'objet est de revenir en groupe sur un dossier dans lequel une erreur est survenue, sous l'angle de l'analyse systémique.

Ces réunions permettent d'identifier les facteurs systémiques en cause, et d'essayer d'améliorer les procédures pour pallier les défaillances du système n'ayant pas pu permettre d'éviter l'incident.

Toutefois, cette nouvelle approche nécessite non seulement des médecins formés et entraînés à l'analyse systémique pour diriger la réunion, mais également un changement en profondeur de la gestion de l'incident.

En effet, la survenue d'un EILAS est très souvent vécue par les personnels de santé comme un échec personnel, et peu de médecins acceptent de l'analyser en groupe.

Dans ce sens le ministère de la santé français publie un guide d'exploitation des plaintes et réclamations dans les établissements de santé, afin d'améliorer la qualité globale des soins. L'idée révolutionnaire de ce guide est de faciliter et de promouvoir la réclamation, quelle que soit son expression (spontanée ou non, écrite ou verbale), comme mode de communication, dans le but d'analyser de façon complète et quasi exhaustive tous les motifs de mécontentements des patients. La réclamation est alors vécue non comme une accusation ou une agression pour l'établissement de santé mais comme un outil nécessaire et efficace de l'amélioration du soin dans sa globalité. Le guide recommande donc une valorisation de la gestion des plaintes, en favorisant l'expression des usagers, en élaborant des interfaces de communication entre les soignés et les soignant. Il recommande également un recueil le plus exhaustif possible des réclamations afin d'engager un processus d'analyse de l'organisation de la chaîne de la prise en charge pour chacun des événements signalés. L'analyse systémique de ces événements aura pour but d'améliorer le soin à toutes ses étapes, pour un meilleur confort des usagers et une meilleure efficacité du soin dans sa globalité. (24)

4.3.2. Améliorer la communication

Cependant, notre étude montre que 1/3 des réclamations concernent des dossiers pour lesquels aucun EILAS n'a été identifié et 2/3 pour lesquels aucune erreur patente n'a été retrouvée.

Cela suggère que, même si l'on parvenait à supprimer le risque de survenue d'erreur ou d'EILAS en améliorant l'efficacité du système, il y aurait tout de même des réclamations.

Peut-être faut-il alors améliorer parallèlement les qualités de communication des personnels soignants des urgences ?

4.3.2.1. La communication en tant que grief

Nous avons vu dans notre étude que le manque d'empathie et le manque de communication revenaient dans de nombreuses réclamations comme grief exprimé par les patients ou leurs proches.

Une étude réalisée à Hong Kong et publiée en 2001 a montré que la participation des médecins urgentistes à des ateliers de travail sur la communication entraînait une augmentation du taux de satisfaction des patients (de 88,3 à 98%, évaluation par questionnaires remis aux patients) quand au relationnel des médecins après les ateliers, et réduisait le nombre de réclamations concernant l'attitude des médecins de manière significative malgré une augmentation du nombre de consultations sur la même période (de 26 à 15 réclamations pour un nombre de consultations augmentant de 42%, $p=0,05$). (25)

Il sera donc toujours préférable, même si le temps manque par afflux de malades, de s'accorder quelques minutes supplémentaires avec le patient afin de s'assurer qu'il a compris la prise en charge, répondre à ses questions si besoin, lui préciser que si le mal persiste ou si un nouveau symptôme apparaît, il est nécessaire de reconsulter, laissant ainsi place à l'idée d'une évolution possible de sa maladie, et non une erreur de prise en charge.

Par ailleurs, il convient de ne pas négliger l'inconfort du patient en cas d'attente particulièrement longue, même si dans ce cas l'inconfort est bilatéral, le médecin a tout à gagner dans sa relation avec le malade à rester calme et à expliquer les raisons de cette attente au patient.

A Montréal, une étude de l'Université McGill a suivi plus de 3400 médecins qui ont passé l'examen nommé EAC, entre 1993 et 1996. Cet examen valide leur aptitude à la communication. On peut noter qu'au Canada, il faut avoir validé son aptitude pour être médecin. Grâce aux notes obtenues, on peut mettre en question le comportement du médecin vis-à-vis de ses patients : Est-il dédaigneux ? Écoute-t-il ? Est-il offensant ? Ce groupe de médecin a fait l'objet d'une étude jusqu'en 2005. On a, alors, essayé de mettre en corrélation les résultats à l'examen avec les plaintes déposées par les malades à l'encontre de leurs médecins. Plus un élève médecin a eu de bonnes notes à l'EAC, moins il a de plaintes à son encontre. Et ce lien est valable quelque soit le médecin, hommes et femmes confondus. Ainsi, pour le groupe des plus mauvais, représentant 24% des médecins, le nombre de plaintes est 257% plus important que prévu. Ce résultat confirme l'importance de l'enseignement systématique sur la capacité à communiquer. (source radio-canada)

4.3.2.2. La communication en cas d'EILAS et en cas d'erreur

Par ailleurs, la communication des médecins en cas d'erreur patente ou d'EILAS est également un critère qui peut être amélioré, et qui réduirait probablement le nombre de réclamations et de plaintes à l'encontre des services d'urgences.

Aux Etats-Unis, la pratique du « disclosure » (c'est-à-dire la révélation d'une erreur de prise en charge) est une pratique qui est largement recommandée et codifiée par l'American College of Emergency. (26)

Toujours aux Etats-Unis, de nombreux auteurs ont tenté d'établir des règles pour améliorer l'exercice particulier qui consiste à révéler une erreur médicale à un patient ou à ses proches. (On peut citer Solomon (27) et Stokes (28)).

Une étude californienne publiée en 1996 a montré que les patients avaient tendance, d'une manière générale, à préférer que les médecins leur déclarent avoir commis une erreur même minime, et que cette révélation pouvait même parfois réduire le risque de poursuites judiciaires en rapport avec cette erreur (dans l'hypothèse d'erreurs de moyenne gravité, 12% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles poursuivraient le médecin en justice si l'erreur était révélée, contre 20% si le médecin ne révélait pas son erreur et qu'ils la découvraient par un autre moyen, $p < 0,001$). (29) Cette dernière étude ne concernait pas uniquement les services d'urgences.

On le voit, l'amélioration de la communication avec les patients consultant en urgence est une voie intéressante pour réduire le nombre de réclamations, que ce soit la communication générale avec les patients, ou la manière d'annoncer la survenue d'une erreur dans leur prise en charge.

Or, si cette dernière pratique tend à se diffuser aux Etats-Unis car ayant fait la preuve de son efficacité, il persiste de nombreuses réticences à son égard dans notre pays.

4.3.3. Autres pistes pour diminuer le nombre de réclamations.

Nous avons vu que la réduction du risque de survenue d'erreurs individuelles et systémiques ainsi que l'amélioration de la communication des médecins pouvaient réduire le nombre des réclamations adressées par les patients aux services d'accueil des urgences.

Mais certains auteurs ont proposé d'autres pistes de réflexion, exigeant des modifications structurelles plus profondes dans l'organisation des services d'urgences.

Ainsi, de nombreuses études ont été menées pour déterminer quels étaient les cycles de travail les plus performants pour l'établissement des plannings des médecins.

Il a été démontré que le taux d'erreurs était plus élevé lors des gardes de nuit (3,91%) et les lendemains de garde (3,41%) qu'en période normale (2,11%) lors d'une étude menée aux Etats-Unis. (30)

Par ailleurs, Douglas Propp a proposé d'améliorer les transmissions médicales lors du changement d'équipe en mettant en place des procédures visant à minimiser le nombre d'erreurs, comme par exemple le rappel systématique du médecin sortant de garde une heure après son départ. (31)

Enfin, James Feldman a proposé en 2003 de s'inspirer à nouveau des méthodes de l'aéronautique pour diminuer le nombre d'erreurs médicales, outre l'analyse systémique, en mettant en place un système de « co-pilote » garantissant une double validation systématique des dossiers par deux médecins séniors. (32)

L'optimisation de la gestion du flux de patients dans un service d'urgence passe également par l'organisation en terme de médecin d'accueil, médecin référent et médecin dédié à l'unité d'hospitalisation de très courte durée.

On le voit, on sort ainsi du classique schéma de « colloque singulier » médecin-patient pour aboutir à un concept de prise en charge concertée, à plusieurs intervenants, pour fluidifier le fonctionnement global du service.

On pourrait ajouter à cela le rôle de l'infirmière, qui pourrait être renforcé comme interface médecin-patient, et diminuer ainsi le sentiment éprouvé par de nombreux patient de manque de considération et d'empathie lors de leur passage aux urgences.

Par ailleurs, les populations fréquentant les différents services d'urgences ne sont pas toutes les mêmes, et chaque service devrait pouvoir s'adapter à la demande spécifique de la population qui le fréquente (plus de consultations de médecine générale dans certains services, plus de traumatologie dans d'autre, moyenne d'âge des consultants, etc.), pour offrir un modèle d'accueil et de prise en charge en adéquation avec la demande.

Au total, il s'agit de repenser le système (et même le système de chaque service) autour du patient, tout en augmentant la disponibilité, l'écoute et l'efficacité des personnels de santé.

Conclusion

Les plaintes et réclamations ont un retentissement sur le fonctionnement du système de santé et la pratique médicale. D'une part en raison du surcout financier qu'elles occasionnent, d'autre part en raison de l'inconfort croissant des praticiens qui les redoutent. Nous l'avons vu, beaucoup de nos actes médicaux sont guidés par la peur de la plainte, et il devient impossible actuellement d'exercer la médecine sans évoquer au quotidien le risque médico-légal encouru à chaque geste ou consultation.

Bien que redoutées, les plaintes et réclamations ne doivent pas à tout point de vue être diabolisées, nous avons vu qu'elles pouvaient être utilisées de manière positive dans la réorganisation du fonctionnement du système de soin et ce, dans tout les domaines, que ce soit au sujet d'une erreur systémique (revue de morbi-mortalité), d'une erreur individuelle ou d'un défaut de communication (renforcement des formations spécifiques), ou au sujet d'un alea (déclaration, information). Ainsi, la réclamation devient un outil de la qualité du soin.

Les résultats de notre étude rétrospective mettent en évidence que sur les 343 dossiers étudiés, un événement indésirable lié au soin est retrouvé dans deux tiers des cas et une erreur individuelle dans un tiers des cas. Ainsi, ce type d'événement, ne permet pas à lui seul d'expliquer la survenue de plainte et de réclamation.

Il apparait que la discussion du dossier avec un médecin référent soit un facteur très protecteur du risque de survenue d'erreur.

Par ailleurs, un peu moins d'un tiers des dossiers retrouvait une réclamation concernant un manque d'information, de communication ou d'empathie. Il semble donc que ce point soit un dénominateur important à modifier afin de réduire le risque de réclamations, et ce, qu'il y ait une erreur ou non.

Les perspectives d'amélioration de la qualité du soin afin de diminuer le nombre de plaintes et de réclamations dans les services d'urgences sont donc :

- Eviter l'erreur individuelle et systémique en améliorant la formation et en développant les revues de morbi-mortalité.
- Appliquer autant que possible le concept de « co-pilote » avec une relecture systématique des dossiers par un médecin référent.
- Favoriser la communication et l'information du patient, qu'il y ait un dysfonctionnement ou non. En cas d'erreur, la révélation au patient doit être encouragée.

Les éléments dégagés par cette étude, peuvent être extrapolés à la médecine générale, en effet, nous l'avons vu, ces services d'urgences effectuent dans la grande majorité des cas des actes de médecine générale. Afin d'éviter le mécontentement de ses patients, le médecin généraliste devra de la même façon, accéder à une formation continue et si possible discuter des dossiers qui posent problème avec des collègues généralistes ou spécialistes. On imagine que la communication et l'information en médecine de ville sont plus aisées que dans un service d'urgences mais ce point ne devra pas être négligé et particulièrement en cas de survenue d'erreur.

Au total, il s'agit de repenser le soin, d'en améliorer sa qualité globale, afin d'éviter le mécontentement de chaque patient et d'améliorer le confort d'exercice de chaque praticien.

Bibliographie :

- (1) Olsen R.N., The reform of medical malpractice law: Historical perspectives, The American journal of economics and sociology, 1996, vol. 55, n°3, 257-275
- (2) John D. Dunn, Thom A. Mayer, Future legal issues in emergency medicine, emergency medicine clinics of north America, 1993, vol. 11, n°4, 933-951
- (3) Sage W.H., "Understanding the first medical malpractice crises of the 21st century", in: Gosfield A.G. Ed, Health law handbook, Eagan, pp 1-30, 2003
- (4) Anita Karcz et al. Malpractice claims against emergency physicians in Massachusetts: 1975-1993. Am J Emerg Med 1996; 14 : 341-345
- (5) Anderson R.C., "Defending the practice of medicine", archives of internal medicine, 2004, 164, 1173-78
- (6) www.npdb-hipdb.com
- (7) "Medical liability monitor data", American Medical News, 2004, 47, 39, 1-2
- (8) Jacques Drucker, Marianne Faessel-Kahn, "Justice et santé l'exemple américain", hiver 2004, sève, 31-38
- (9) Michelle M. Mello, David M. Studdert, Catherine M. DesRoches, Jordon Peugh, Kinga Zapert, Troyen A. Brennan, and William M. Sage, Effect of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care, Annals of surgery, Nov 2005, vol 242, n° 5, 621-28
- (10) Robert M. Rodriguez, MD, Deirdre Anglin, MD, Abigail Hankin, MD, Steven R. Hayden, MD, Molly Phelps, MD, Lynn McCollough, MD, Gregory W. Hendey, MD, A

longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine", *Academic Emergency Medicine*, Jun 2007, vol. 14, N° 6, 569-73

(11) Duhag L., Koestrer R., Waidmann J., The impact of malpractice feat on cesarean section, *J. Health. Econ.*, 1999, 18, 491-522

(12) David A. Katz, Geoffrey C. Williams, Roger L. Brown, Tom P. Aufderheide, Mark Bogner, Peter S. Rahko, Harry P. Selker, Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia, *annals of emergency medicine*, Dec 2005, vol. 46, N°6, 525-33

(13) David L. Schriger, Todd B. Brown, Decisions, decisions: emergency physician evaluation of low probability – high morbidity conditions, *annals of emergency medicine*, Dec 2005, vol 46, N°6, 534-35

(14) Brennan TA., Leap LL., Laird NM., Herbert L., Localio AR., Lawthers AG., Newhouse JP., Weiler PC. et Hiatt HH, Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients, Results of the Harvard Medical Practice. 1991, Study 1 & 2, *N Engl J Med*, 324 : 370-384

(15) Thomas EJ, Studdert DM, Burstion HR, Orav EJ, Zeena T et Williams EJ, Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado, 2000, *Med care*, 38 : 261-271

(16) To Err is Human: Building a Safer Health System. IOM committee first report, September 1999

(17) Charles Vincent, Sally Taylor-Adams, E Jane Chapman, David Hewett, Sue Prior, Pam Strange and Ann Tizzard, How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ* 2000; 320: 777-781

(18) Thomas W Nolan, System changes to improve patient safety. BMJ 2000; 320: 771-773

(19) Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA, Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems, Emerg Med 2002 Mar; 14(1): 43-9

(20) Pukk K, Lundberg J, Penaloza-Pesantes RV, Brommels M, Gaffney FA, Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences, Qual Manag Health Care, 2003 Oct-Dec; 12(4) : 225-31

(21) Hunt MT, Glucksman ME, A review of seven years of complaints in an inner-city accident and emergency department, Arch Emerg Med 1991 Mar; 8(1) : 17-23

(22) Branney SW, Pons PT, Markovchick VJ, Thomasson GO, Malpractice occurrence in emergency medicine: does residency training make a difference?, Journal of Emergency Medicine, 2000, vol. 19, n° 2, 99-105

(23) Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, De Sarasqueta AM et Domecq S, Les événements indésirables graves liés au soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale, Etudes et résultats, 2000, 398 : 1-15

(24) http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plaintes_reclamations/guide_dhos.pdf

(25) Lau FL, Can communication skills workshops for emergency department doctors improve patient satisfaction, J Accid Emerg Med, Jul 2000, 17(4) : 251-3

(26) Policy statement, Disclosure of medical errors, Ann Emerg Med, 2004, 43, 432

(27) Robert C. Solomon, Ethical Issues in Medical Malpractice, Emergency Medicine Clinics of North America, 2006, 24 : 733-747

(28) Samantha L. Strokes, Albert W. Wu, Peter J. Pronovost, Ethical and Practical Aspects of Disclosing Adverse Events in the Emergency Department, Emergency Medicine Clinics of North America, 2006, 24 : 703-714

(29) Witman AB, Park DM, Hardin SB, How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting, Arch Intern Med, Dec 1996, 156 (22), 2565-9

(30) Gregory W. Hendey, Bradley E. Barth, Tricia Soliz, Overnight and Postcall Errors in Medication Orders, Acad Emerg Med, Jul 2005, vol. 12, n°7 : 629-634

(31) Douglas A. Propp, Emergency care transition, Acad Emerg Med, Oct 2003, vol. 10, n°10: 1143

(32) James A. Feldman, Medical Errors and Emergency Medicine: Will the Difficult Questions Be asked, and Answered?, Acad Emerg Med, Aug 2003, vol. 10, n°8 : 910-911

Résumé

Les réclamations et les plaintes touchent de plus en plus, en France l'activité médicale, et si aucune spécialité n'est épargnée, les services d'urgence et les praticiens qui y travaillent sont particulièrement exposés à ce type d'événement.

Objectifs :

Le but de cette étude a été d'une part d'observer les motifs de mécontentement des patients entraînant la réclamation et d'autre part d'identifier les éléments prédictifs d'erreur.

Matériel et méthodes de l'étude :

Etude rétrospective entre 1998 et 2008.

Ont été incluses toutes les lettres de réclamation d'un patient ou ayant droit parvenue sur cette période aux urgences de Cochin et de l'Hôtel Dieu, ainsi que toute plainte ou réclamation parvenue au siège de l'APHP sur la même période.

L'étude des dossiers a permis un descriptif des réclamants et des motifs de réclamation, l'identification des erreurs et des EILAS par un expert médical. L'analyse statistique permet de dégager les facteurs reliés au risque de survenue d'erreur.

Résultats :

Descriptif des patients et du contexte de survenue de réclamation : plus souvent de sexe féminin (sex ratio=1,32), patients âgés en moyenne de 49,5 ans, et portant plainte ou adressant une réclamation en moyenne 2,55 mois après la date de consultation aux urgences. La durée moyenne de passage aux urgences est de 3h39 et n'est pas plus élevée dans le cas où le grief est l'attente. 28,2% des réclamations avaient pour objet unique ou associé un problème de communication.

La présence d'une erreur a été retrouvée dans 35% des dossiers, un EILAS dans 72% des dossiers.

Les facteurs retenus comme significativement protecteur de survenue d'erreur sont la présence de protocoles dans le service et l'appel du médecin référent.

Conclusion :

Il apparaît que l'erreur n'est pas toujours à l'origine d'une plainte ou d'une réclamation (1/3 des cas seulement). Limiter leur survenue par la présence de protocole dans le service et l'avis d'un médecin référent n'est donc pas suffisant pour diminuer efficacement le nombre de réclamations. Il conviendra de tenter de réduire le risque de survenue d'erreur systémique en réorganisant le système dans son ensemble (revues de morbi-mortalité). Un point d'honneur devra également être accordé à la communication et à l'information et plus particulièrement en cas de survenue d'erreur.

Mots clés: plaintes, réclamations, urgences, erreur, événement indésirable lié aux soins, communication, organisation