

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2018

Analyse des courriers de réclamations adressés au
service des urgences du centre hospitalier du Forez
site de Montbrison entre 2012 et 2017

MEMOIRE de DESC de médecine d'urgence
Présenté
à l'UNIVERSITE de Lyon
et soutenue le 09 Octobre 2018
PAR :

Youssef CHOUHAB
Né le 8 Février 1985

Direction : Dr M. Martinez

Résumé

Objectif : Les services d'urgences (SU) sont de grands pourvoyeurs de plaintes au sein des hôpitaux. L'objectif principal de notre travail a été d'analyser les courriers de réclamation (CR) adressés au SU de Montbrison. L'objectif secondaire a été de déterminer s'il y existait une corrélation entre la survenue d'une réclamation et la temporalité (nuit, garde) de passage au SU.

Matériel et Méthode : Etude rétrospective monocentrique portant sur les CR concernant des patients du SU pris en charge entre janvier 2012 et décembre 2017. L'analyse a porté sur les caractéristiques des CR, le recueil des doléances et le suivi dans le circuit interne de gestion des plaintes de l'hôpital.

Résultats : Quarante-deux CR ont été analysés, la moyenne était de 13,5 CR/an et l'incidence moyenne de 5,5 CR /10 000 passages. Les incidences ont été de 3,5 CR /10 000 passages pour les enfants vs 6,1 CR /10 000 passages pour les adultes ($p=0,11$). Le plaignant était la famille dans 44 CR (55%) et le patient dans 34 CR (42%). Le but des CR était un signalement dans 71 CR (68,9%), Il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon les incidences des CR entre le jour et la nuit (5,7 CR/10 000 vs 4,8 CR/10 000 passages, $p=0,57$), ni entre « horaire de garde » et « horaire de service » (5,6 CR/10 000 vs 5,2 CR/10 000 passages, $p=0,78$). Il y a eu 133 doléances, avec une cause médicale dans 64 CR (48%), une cause organisationnelle dans 44 CR (33%), une cause relationnelle dans 25 CR (19%). Une indemnisation a été demandée dans 13 CR (16%), deux (2,5%) ont abouti. Aucun CR n'a entraîné de poursuite en justice.

Conclusion : Les incidences des plaintes au SU du CH du Forez site de Montbrison reste dans la fourchette basse au niveau national. Les indemnisations sont rares, et les plaintes en justice inexistante sur la période étudiée. Les doléances sont d'ordre médical, organisationnel et relationnel. Dans le cadre de la gestion des plaintes l'évolution de l'incidence et l'analyse des

doléances doivent être suivies afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et proposer des mesures correctrices si indiquées.

Mots clefs : plaintes, réclamations, urgences

Introduction :

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour les établissements de santé, il est inscrit dans le code de la santé publique [1]. Dans chaque établissement hospitalier la commission des usagers (CDU) veille au respect des droits des patients, de même qu'à l'amélioration de la qualité de leur accueil, de leur prise en charge et de leur information [2]. Ainsi l'évaluation de la satisfaction des usagers est une obligation réglementaire pour les établissements de santé. En ce sens, la charte de la personne hospitalisée rappelle que tout patient dispose du droit d'être entendu pour exprimer ses griefs et demander réparation de préjudice. Dans le cadre de la démarche d'amélioration des soins, l'analyse des insatisfactions, des réclamations voire des plaintes, qu'elles soient verbales ou écrites doit être entreprise. Le but étant de transformer ces griefs en outil de perfectionnement pour améliorer le confort des usagers et permettre une meilleure efficacité des soins. Il convient que le recueil soit exhaustif et analysé par les professionnels hospitaliers pour dégager au mieux les problématiques réelles et objectives.

Les services d'urgences (SU) sont les plus grands pourvoyeurs de réclamations au sein des établissements de santé [3,4]. Ceci pouvant être expliqué par l'afflux important des patients en constante augmentation ces dernières années dépassant régulièrement la capacité d'accueil des SU, associé à un temps de contact avec le patient très limité et au caractère aigu de la maladie [5,6]. L'objectif principal de notre travail a été d'analyser les courriers de réclamation (CR) adressés au SU de Montbrison. L'objectif secondaire a été de déterminer s'il existait une corrélation entre la survenue d'une réclamation et la temporalité (nuit, garde) de passage au SU.

Matériel et Méthode

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique portant sur les CR concernant des patients pris en charge entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2017, au sein du SU du centre hospitalier (CH) du Forez site de Montbrison qui a reçu sur cette période 147 709 patients dont 23% d'enfant de moins de 15 ans et 3 mois.

Les critères d'inclusion étaient tout CR (lettres, courriels ou article de presse) reçus par la direction, le chef de service des urgences ou un médecin des urgences. Chaque CR a été intégré dans le circuit interne de gestion des plaintes de l'hôpital. Ce dernier consiste en un traitement centralisé du CR avec envoi rapide d'un accusé de réception, puis celle-ci est analysée par le service concerné qui fait une réponse à la Direction. Parallèlement, une médiation est proposée au plaignant s'il le désire. La réponse définitive au plaignant est faite par la Direction et le dossier est discuté en CDU (composés de personnels médicaux et paramédicaux, de représentant de la Direction et des usagers). Le plaignant peut par la suite contester cette réponse et demander réparation par voie amiable (assurance) ou par l'intermédiaire d'un dépôt de plainte. Ces différents courriers sont archivés chronologiquement au secrétariat de Direction. N'ont pas été inclus dans cette étude les griefs et avis postés sur internet concernant le SU car le plus souvent ces avis étaient anonymes et impossible à vérifier donc non traités.

Analyse statistique

Les données issues de ces réclamations ont été analysées et à l'aide d'une base de données Excel® (Microsoft, Redmond, États-Unis) ont été recueillies les données suivantes :

- Les caractéristiques de la réclamation en colligeant le nombre et l'incidence des CR pour chaque année (l'incidence a été définie comme le nombre de CR par 10 000 passages au SU comme retrouvé dans la littérature et qui permet une lecture aisée et comparative des incidences

avec d'autres études.) ; l'âge des patients qui a été dichotomisé en adulte ou enfant (moins de 15 ans et 3 mois), le motif de consultation au SU (médecine, psychiatrie, traumatologie), l'auteur (patient, famille, autre) et le destinataire (directeur, chef de service, médecin des urgences) du CR.

- La typologie de la plainte avec un recueil des doléances qui ont été répartis en trois groupes. Un premier groupe « cause organisationnelle » incluant les problématiques d'attente aux urgences, d'atteinte à la dignité humaine, de manque de lit d'hospitalisation, de problématique de locaux, de défaut d'information et de demandes administratives ; un deuxième groupe « cause médicale » regroupant les erreurs diagnostics supposées, les erreurs thérapeutiques supposées, la douleur non suffisamment soulagée, les iatrogénies médicamenteuses supposées, le défaut ressenti d'examen d'imagerie ou de biologie et les problèmes de retour à domicile difficile ou non adapté; et un troisième groupe « cause relationnelle » relatif à la problématique du conflit avec le personnel médical ou soignant. Le but recherché par le plaignant et les demandes d'indemnisation ont été colligés.

- La «temporalité» de la plainte a été analysée en recueillant la date et l'heure de passage du patient au SU. Nous avons réalisé une étude d'incidence selon une répartition jour (entre 8h et 20h) vs nuit (entre 20h et 8h), une répartition semaine vs weekend avec les jours fériés et enfin une répartition en « horaire de garde » (comprend les soirs et les nuits de semaine entre 18h et 8h le lendemain, ainsi que le weekend entre samedi midi et lundi 8h) vs « horaire de service » (comprend les journées entre 8h et 18H en semaine et le samedi matin jusqu'à midi). La fonction du soignant concerné par le CR a été renseignée.

- Le circuit de plainte a été étudié avec l'analyse des délais entre le passage aux urgences et la réception de la plainte, le délai entre la réception de la plainte et la réponse du chef de service, le délai entre la réception de la plainte et la réponse de la direction. Le nombre de

médiations a été également colligé avec son délai moyen avant entretien. L'évolution des délais des différentes étapes du circuit de plainte en fonction des années a été étudiée.

- La synthèse de l'enquête interne avec le recueil du nombre de reconnaissance de la doléance par le SU et le cas échéant le type d'erreur reconnue qu'elle soit médicale, thérapeutique ou relationnelle. Les suites données par le plaignant avec le nombre de recours saisis, le nombre d'indemnisations effectuées par l'assurance de l'hôpital et leurs montants ont été recueillis. Enfin nous avons identifié les CR dont le SU de Montbrison n'est pas directement concerné.

L'analyse statistique a été réalisée avec le Logiciel R® version 3.5.1 (<http://cranrproject.org/>). Les figures ont été réalisées par le logiciel Excel® (Microsoft, Redmond, Etats-Unis). Les données qualitatives ont été décrites par leur fréquence et leur pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et écart-type ou leur médiane et intervalle interquartile (Q1 et Q3) et leurs valeurs extrêmes. La comparaison de l'incidence des plaintes en fonction de la répartition adulte vs enfant, de la répartition jour vs nuit, de la répartition horaire de garde vs horaire de service a été testé grâce à l'utilisation de tests de Chi2. Pour l'analyse de l'évolution des délais par année du circuit de plainte, la comparaison des années pour chaque délai des différentes étapes a été réalisée grâce à une analyse de la variance (ANOVA) ou un test de Kruskal-Wallis lorsque les conditions d'application de l'ANOVA n'étaient pas réunies. Le seuil significatif est considéré comme atteint quand le risque d'erreur de première espèce (alpha) est inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

Résultats

Quatre-vingt-deux CR ont été recensés entre janvier 2012 et décembre 2017. Un courrier de plainte a été retiré de l'étude car il s'agissait d'une demande d'information par le médecin de l'ARS dans le cadre d'une problématique survenue avant le passage au SU de Montbrison. Aucun CR n'a concerné une prise en charge extrahospitalière ou intra-hospitalière en SMUR malgré 2 820 sorties sur la période.

Quatre-vingt-un CR ont donc été analysés avec les différentes réponses émanant du CH du Forez. La figure 1 montre le nombre de CR par année ainsi que l'évolution de l'incidence durant les six années. Le nombre de CR a peu varié entre 2012 et 2017, il a été en moyenne de 13,5 CR/an. Il y a eu 147 709 admissions au SU de Montbrison sur cette période soit une incidence moyenne de 5,5 CR /10 000 passages. L'incidence pour 10 000 passages a suivi globalement la même variation que le nombre de CR par année malgré une augmentation de l'activité aux urgences entre 2012 et 2017 de 8% (Figure 2). Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant l'évolution de l'incidence des CR sur cette période ($p=0,934$).

Soixante-treize CR (90%) étaient des courriers, six (7%) des courriels, une réclamation détaillée dans un questionnaire de satisfaction de l'hôpital (1%) et un article dans un journal local (1%). Les adultes représentent la majorité des patients concernés par les CR avec 69 cas (85%), contre 12 CR pour la population pédiatrique (15%) ; rapporté à la proportion des enfants de moins de 15 ans (23%) consultants au SU de Montbrison il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative avec les adultes (3,5 CR /10 000 passages vs 6,1 CR /10 000 passages respectivement pour les patients pédiatriques vs adultes, $p=0,11$). Le motif de consultation le plus fréquent était lié à des pathologies médicales pour 43 cas (53%), puis viennent la traumatologie avec 32 cas (40%) et la psychiatrie pour 6 cas (7%).

L'auteur des CR était majoritairement la famille pour 44 CR (55%), puis le patient lui-même pour 34 CR (42%). Dans de rares occasions l'auteur a été une autre personne : un ambulancier

pour un cas (1%); une clinique psychiatrique pour un cas (1%); ou un médecin du travail pour un cas (1%). Le destinataire des CR a été le directeur de l'hôpital dans 74 CR (86%), le chef de service dans six CR (7%), l'agence régionale de santé (ARS) dans trois CR (4%), le médecin directement concerné par la prise en charge dans deux CR (2%) et la presse dans un CR cas (1%). Le but des CR était un simple signalement dans 71 CR (69%), une requête de prise en charge d'un préjudice principalement financier a été réclamée dans 14 CR (13%), les demandes d'explications sur la problématique apparue lors du passage aux urgences concernaient 10 CR (10%), enfin les menaces de plainte judiciaire étaient présentes dans 8 CR (8%).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon les incidences des CR entre le jour et la nuit (5,7 CR/10 000 passage en journée vs 4,8 CR/10 000 passages la nuit, $p=0,57$), ni selon les incidences des CR entre semaine et week-ends incluant les jours fériés (5,4 CR/10 000 passages semaines vs 6 CR/10 000 passages les weekends et jours fériés, $p=0,76$). De même nous n'avons pas démontré de différence significative pour les incidences des CR selon une dichotomie « horaire de garde » versus « horaire de service » (5,6 CR/10 000 passages en horaire de garde vs 5,2 CR/10 000 passages en horaire de semaine, $p=0,78$).

Le personnel concerné par les réclamations était majoritairement le médecin urgentiste dans 68 CR (72%), un médecin extérieur au SU dans 24 CR (26%), un infirmier dans un CR (1%) et dans un CR (1%) l'établissement hospitalier était visé sans qu'aucun soignant ne soit impliqué. Les CR impliquant les médecins extérieurs au SU concernaient souvent aussi le médecin urgentiste qui participait directement ou indirectement à la prise en charge. Les médecins extérieurs impliqués étaient des psychiatres, des chirurgiens orthopédistes, des chirurgiens viscéraux ou d'autres spécialités médicales.

L'analyse du circuit de plainte a montré les délais médians suivants : 21 [9-58] jours entre le passage aux urgences du patient et la réception du CR, neuf [5-20] jours entre la réception du CR et la réponse du chef de service à la direction, 77 [42-99] jours entre la réception du CR et

la réponse définitive de la direction au plaignant. Une médiation a été organisée pour 17 réclamations (21%) avec un délai médian de rendez-vous de 49 [41-56] jours après la réception du CR.

L'évolution annuelle des différents délais du circuit de plainte est présentée dans le tableau 1, les résultats ont mis en évidence un effet de l'année sur le délai entre la réception et la réponse du chef de service ($p=0,032$) et le délai entre la réception de la plainte et la médiation ($p=0,028$). Cependant, les comparaisons multiples entre les années prises deux-à-deux n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative de ces deux délais entre les années. Le tableau 2 présente le nombre de doléances retrouvées dans les CR, nous avons pu dénombrer 133 motifs de réclamation (existence de plusieurs motifs dans le même CR). L'enquête interne a montré que pour 12 CR (15%) le SU de Montbrison et son personnel n'étaient pas directement concernés par le CR adressé au SU.

Une erreur a été reconnue par l'enquête interne pour 24 CR (30%). Il s'agissait d'une erreur médicale avérée pour 11 cas (46%), une cause organisationnelle avérée dans neuf cas (37%) et pour quatre cas (17%) liés à une problématique relationnelle. Une indemnisation a été demandée dans 13 CR (16%), seulement deux (2,5%) ont fait l'objet d'un règlement d'une indemnité de 4 905 € et 3 444 € concernant des problématiques liées à la traumatologie après passage par l'expertise de l'assurance de l'hôpital. Aucun CR n'a entraîné une poursuite en justice.

Discussion

Notre étude a montré une incidence de 5,5 CR/10 000 passages entre janvier 2012 et décembre 2017. Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre la survenue de la plainte et la temporalité du passage aux urgences (garde, nuit, semaine, week-end ou durant les horaires de service).

Notre étude comporte toutefois quelques limites dues au caractère monocentrique et rétrospectif du recueil, à l'effectif faible, et à la non-inclusion de toutes les réclamations des usagers. En effet tous les patients ayant des doléances n'ont pas formulé de manière écrite leurs griefs à la Direction de l'hôpital. Ainsi les appels téléphoniques pour des réclamations non pu être inclus de même que les avis sur les sites internet de notation qui utilisent souvent l'anonymat avec des informations difficiles voire impossibles à vérifier. Nous pouvons néanmoins considérer que les réclamations allant jusqu'au processus d'envoi d'un courrier étaient les plus pertinentes à prendre en compte du fait du caractère réfléchi de la démarche et relevant d'une grande importance pour l'utilisateur.

Il a été montré dans de nombreuses études que la médecine d'urgence est une spécialité exposée aux erreurs et aux plaintes [3,4,7,8]. Le médecin urgentiste doit faire face à un flux important de patients se présentant au SU diminuant le temps accordé au patient. Il est confronté à une prise de décision basée sur des informations parfois incomplètes, à divers intervenants extérieurs au SU. Il est souvent sujet aux interruptions de tâches dues à des sollicitations multiples (urgence vitale, appels téléphoniques, avis médicaux, problèmes administratifs, etc.) [9,10]. L'exercice de la médecine d'urgences est de part ce fait soumis à une tension majeure. Les urgentistes doivent également prendre en compte une demande importante des patients et des familles confrontés à une situation de stress et d'impatience. Ces situations de crises sont parfois source de conflits menant à une plainte ou une réclamation pour toutes ces raisons (présence de plusieurs griefs dans un seul et même courrier).

Notre étude a montré des données d'incidence de réclamations (5,5 CR/10 000 passages) dans la fourchette basse en comparaison à celles retrouvées au plan national comme aux SU du CH de Niort (9,3 CR/10 000 passages) entre 2011 et 2016 [11], des CHU de Nancy (9 CR/10 000 passages) entre 2001 et 2005 [12], Toulouse (5,6 CR/10 000 passages) entre 2002 et 2007 [6], et Rouen (5,3 CR/10 000 passages) entre 2004 et 2008 [13]. Le SU du CHU de Pointe-à-Pitre relate une incidence très basse de 1,6 CR/10 000 passages entre 2012 et 2015 [14]. Sur le plan international notre incidence est plus basse que les données du SU de Singapour (incidence de 11,7 CR/10 000 passages entre 2002 et 2003) [15] et du même ordre qu'au CHU de Lausanne (incidence entre 5,5 à 8,8 CR/10 000 passages entre 2009 et 2014) [16].

Notre incidence de CR est légèrement surestimée du fait de l'inclusion dans notre étude de tous les CR adressés au SU même si l'enquête interne (voire dès la lecture du courrier par la Direction) n'a pas reconnu l'implication du SU ou de son personnel, il y avait 15% de CR en ce sens.

L'évolution de l'incidence durant ces 6 années a été stable sans variation significative malgré la majoration du nombre de passages au SU de 8% sur la même période. En 2016, on a noté un pic de CR adressés au SU. Cette augmentation des CR est retrouvée à l'échelle de tous les services de l'hôpital et peut être en rapport avec une année de tension financière et organisationnelle sur l'hôpital du Forez impactant sur la qualité de prise en charge des usagers. Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé de différences d'incidence de réclamations liée à la garde, à la nuit ou au week-end. Contrairement à l'étude de Bellou et al. au SU du CHU de Nancy qui montré que l'incidence étaient plus importantes quand le patient était pris en charge pendant la garde (60% des CR) [12]. On a noté une tendance en faveur de plus de plaintes relatifs à des adultes (par rapport à la population pédiatrique), mais les résultats reste statistiquement non significatif probablement par manque de puissance.

La principale doléance rapportée a été la cause médicale (48%) avec en premier lieu l'erreur de diagnostic présumé. La « cause médicale » est ressortie également en tête dans les études au SU de Nancy (50% des doléances) [12], de Rouen (la moitié des doléances) [13] ou dans l'étude Bailleux et al. regroupant les CR de 5 hôpitaux entre 2012 et 2016 montrant 67% de doléances pour « cause médicale » [17]. L'erreur de diagnostic présumée était pour chaque étude le grief principal des causes médicales. L'autre grief souvent retrouvé a été la « cause relationnelle » (19% dans notre étude) qui est dans la fourchette observée au SU des CHU de Toulouse Ranguel (14%) [6], de Nancy (21,8%) [12], de Rouen (un tiers des doléances) [13] et dans l'étude de Bailleux et al. (26%) [17].

Nous avons remarqué que neuf CR (deuxième catégorie des causes organisationnelles) ont incriminé directement la vétusté ou la dégradation des locaux : le SU du site de Montbrison présente des infrastructures construites il y a 20 ans et adaptés à un passage de 15 000 passages annuel contre 26 000 actuellement. Cette problématique de locaux impacte directement le délai d'attente aux urgences avec 16 CR (23%, première catégorie des causes organisationnelles des plaintes), en effet le facteur limitant à la prise en charge des patients dans notre service est régulièrement lié au manque de place pour installer et examiner les patients. Des travaux pour de nouveaux locaux sont espérés depuis plusieurs années.

Les plaignants étaient principalement la famille (54%) et le patient lui-même (34%), il s'agit de données équivalentes à celles retrouvées dans d'autres études [6,12,17]. Le but de la plainte a été le plus souvent la déclaration pour le signalement du dysfonctionnement afin qu'il ne se reproduise plus. Les poursuites de plainte après courrier de réponse par la direction ou médiation représentaient 10% des cas, et seulement 2,5% des plaintes amenées à une indemnisation par l'assurance. Il s'agit de données d'indemnisations basses en corrélation avec les études du SU de Niort (6% de cas d'indemnisation entre 2011 et 2016) [11] et du CHU de

Toulouse Ranguel (une indemnisation proposée dans 1% des plaintes) [6]. Les erreurs médicales avérées représentaient seulement 11 cas soit 18% des erreurs médicales supposées par les plaignants. Elles représentent toutefois 46% des reconnaissances d'erreur par le corps médical. Il s'agit de données de même ordre que dans l'étude de Raynaud-Lambinet et al. (40% d'erreurs diagnostiques réelles) [6] et que dans l'étude de Brown et al. concernant l'analyse de la base de données de la Physician Insurers Association of America, une compagnie d'assurance assurant 60% des médecins aux États-Unis entre 1985 et 2007, qui a colligé 11 529 plaintes survenues aux urgences. Les erreurs de diagnostics avérées ont représenté 37% des erreurs reconnues et 17% des erreurs liées à une procédure médicale non conforme [3].

La mauvaise prise en charge de la douleur a représenté 5% des doléances dans notre étude, elle a été de 6% dans le travail de Raynaud et al. [6]. Malgré l'existence de protocole antalgique à la fois au SU et par l'IOA, des rappels réguliers doivent être organisés afin d'éviter une prise en charge de la douleur non conforme.

L'étude des délais de réponses du circuit de plainte a montré une diminution du délai entre la réception de la plainte et la réponse au plaignant par la direction mais sans différence significative par manque de puissance probable (passage d'une médiane de délai de réponse de 132 jours en 2012 à 90 jours en 2014 à 42 jours en 2017). Cette amélioration des délais de rendu de réponse s'est faite grâce à l'action de la CDU avec des objectifs de délai suivis chaque année.

Conclusion

Les incidences des plaintes au SU du CH du Forez site de Montbrison reste dans la fourchette basse au niveau national. Un courrier de réponse explicatif de la direction suffit dans la plupart des cas à clore la procédure. Les indemnisations sont rares, et les plaintes en justice inexistantes sur la période étudiée. Il n'a pas été trouvé d'influence de la période de garde sur la survenue d'une réclamation. Les doléances sont d'ordre médical, organisationnel et relationnel mais souvent le problème relationnel est au premier plan. Il est donc important de promouvoir une communication de qualité au sein des SU entre professionnels et patients. Dans le cadre de la gestion des plaintes l'évolution de l'incidence et l'analyse des doléances doivent être suivies afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et proposer des mesures correctrices si indiquées.

Figures et Tableaux

Figure 1 : Evolution du nombre et de l'incidence des courriers de réclamations (CR) entre 2012 et 2017.

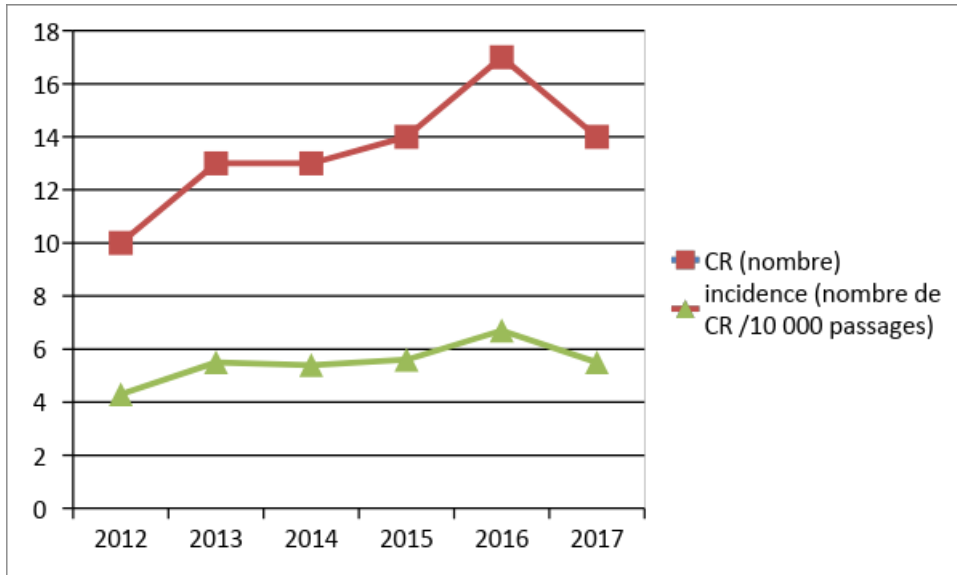


Figure 2 : Evolution du nombre d'admission aux urgences du CH du Forez entre 2012 et 2017.

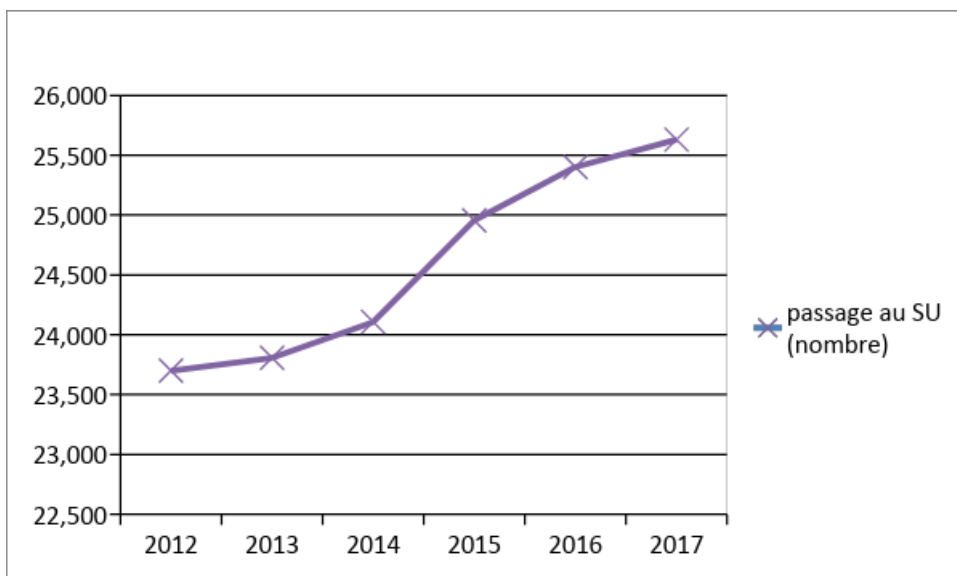


Tableau 1: Evolution des délais des différentes étapes de passage de la plainte en fonction des années. Pour chaque année sont présentés le nombre de courrier inclus, la moyenne (écart-type), la médiane avec l'intervalle interquartile et l'étendue.

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017	p
Délai entre le passage aux urgences du patient et la réception de la plainte (jours)							
Nombre de CR	N=10	N=13	N=13	N=14	N=17	N=14	
Moyenne (écart-type)	45,8 (43,1)	27,4 (34,5)	60,7 (81,0)	17,0 (16,6)	49,6 (47,8)	46,9 (44,4)	0,24
Médiane (Q1-Q3)	36 (9-75)	13 (10-26)	16 (5-85)	12 (7-20)	33 (20-58)	28 (13-88)	
Min-Max	4-125	4-119	0-119	1-58	1-151	0-139	
Délai entre la réception de la plainte et la réponse du chef de service (jours)							
Nombre de CR	N=9	N=12	N=13	N=14	N=17	N=13	
Moyenne (écart-type)	16,7 (34,5)	28,2 (51,5)	11,8 (8,9)	13,9 (15,0)	19,8 (10,7)	14,4 (11,5)	0,03
Médiane (Q1-Q3)	4 (4-4)	7 (4-13)	9 (7-13)	8 (4-14)	17 (11-27)	13 (8-15)	
Min-Max	2-108	2-170	1-29	2-48	7-42	1-47	
Délai entre la réception de la plainte et la réponse de la direction (jours)							
Nombre de CR	N=5	N=9	N=13	N=13	N=15	N=13	
Moyenne (écart-type)	104,8 (66,0)	82,2 (26,1)	86,5 (28,1)	80,7 (66,7)	74,3 (53,2)	51,8 (39,9)	0,14
Médiane (Q1-Q3)	132 (81-153)	84 (67-98)	90 (70-101)	70 (54-83)	74 (37-95)	42 (31-76)	
Min-Max	0-158	35-123	32-139	10-272	17-222	3-133	
Délai entre la réception de la plainte et la médiation (jours)							
Nombre de CR	N=0	N=1	N=1	N=2	N=3	N=5	
Moyenne (écart-type)	-	11 (-)	11 (-)	38,5 (7,8)	53,0 (5,2)	61,6 (17,2)	0,02
Médiane (Q1-Q3)	-	-	-	-	56 (51-56)	50 (49-75)	
Min-Max	-	-	-	33-44	47-56	49-85	

Tableau 2 : Motifs de réclamations. Nombre (%) sur un total de 133 doléances.

Cause organisationnelle	44 (33)
Attente aux urgences	16 (12)
Problème de locaux	9 (7)
Défaut de lits d'hospitalisation	6 (4)
Défaut d'information	5 (4)
Dignité humaine/négligence	4 (3)
Demande administrative	3 (2)
Rupture du secret professionnel	1 (1)
Cause médicale	64 (48)
Erreur diagnostic (présumée)	20 (15)
Erreur thérapeutique (présumée)	18 (14)
Défaut d'examen réalisé (présumé)	13 (10)
Effet indésirable lié aux soins	6 (4)
Retour à domicile non-adapté	4 (3)
Douleur non soulagée	3 (2)
Cause relationnelle	25 (19)

Bibliographie

1. Code de la santé publique - Article L1112-2.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685796&dateTexte=&categorieLien=cid>. Dernière consultation le 25/09/2018.
2. Code de la santé publique - Article L1112-3.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2D596FDFF37C1882441AB53F74DF7ECB.tplgfr24s_2?idArticle=LEGIARTI000031931808&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180925&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=. Dernière consultation le 25/09/2018.
3. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD et al. (2010) An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers: ED malpractice claims. *Acad Emerg Med.* 17: 553-60.
4. Elshove-Bolk J, Simons M, Cremers J, et al. (2004) A description of emergency department related malpractice claims in the Netherlands: closed claims study 1993-2001: *Eur J Emer Med.* 11: 247-50.
5. Cohen D, Chan SB, Dorfman M. (2012) Malpractice claims on emergency physicians: time and money. *J Emerg Med.* 42: 22-7.
6. Raynaud-Lambinet A, Juchet H, Charpentier S, et al. (2011) Analyse des lettres de plaintes adressées dans un service d'urgence de 2002 à 2007. *Ann Fr Med Urgence* 1: 170-4.
7. Quintana EC. (2005) Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Ann Emerg Med.* 46: 209.
8. Carlson JN, Foster KM, Pines JM, et al. (2018) Provider and practice factors associated with emergency physicians being named in a malpractice claim. *Ann Emerg Med.* 71: 157-164.e4.
9. Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WTM, et al. (2010) The impact of interruptions on clinical task completion. *Qual Saf Health Care.* 19: 284-9.
10. Chisholm CD, Dornfeld AM, Nelson DR, et al. (2001) Work interrupted: a comparison of workplace interruptions in emergency departments and primary care offices. *Ann Emerg Med.* 38: 146-51.
11. Henry D, Violleau M. (2018) Audit sur les réclamations des usagers de 2011 à 2016, dans le cadre d'une démarche qualité d'un service d'accueil d'urgence. *Congrès Urgence 2018.*

12. Bellou A, Welter-Hordas S, GundesliM, et al. (2008) Analyse descriptive des lettres de plaintes adressées au service des urgences pendant cinq ans. J EUR 21:A155–6.
13. Aquilina V, Gricourt C, Guery-Kaliszczak I, S et al. (2009) Plaintes et réclamations adressées au service d'accueil des urgences de Rouen : de janvier 2004 à mai 2008. Analyse et propositions de mesures correctives. J EUR 22:A39.
14. Allali M, Ferracci S. (2016) Plaintes aux Urgences du CHU de Pointe-à-Pitre de 2012 à 2015. Congrès Urgences 2016.
15. Wong LL, Ooi SB, Goh LG. (2007) Patients complaints in a hospital emergency department in Singapore. Singapore Med J 48: 990–5.
16. Pfeil M-N, Yersin B, Trueb L, et al. (2016) Caractéristiques des plaintes adressées à un service d'urgences Suisse entre 2009 et 2015. Congrès Urgences 2016.
17. B. Bailleux, J. Feras, et al. (2018) Revue systématique des plaintes et réclamations (P/R) aux services d'urgences : étude multicentrique. Congrès Urgences 2018.