

Analyse des courriers de plainte adressés au service d'urgence d'un centre hospitalier général

Analysis of Claim Letters Sent to an Emergency Department of a General Hospital Center

Y. Chouhab · T. Lefebvre · C. Forestier · P. Parsis · M. Martinez

Reçu le 24 octobre 2018 ; accepté le 1 mars 2019
© SFMU et Lavoisier SAS 2019

Résumé *Objectif* : L'objectif principal de notre travail était d'analyser les courriers de plainte (CP) adressés à un service d'urgence (SU). L'objectif secondaire était de déterminer s'il existait une corrélation entre CP et temporalité de passage au SU.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective monocentrique sur six ans portant sur les CP concernant les prises en charge en SU.

Résultats : Quatre-vingt-un CP ont été analysés, la moyenne annuelle et l'incidence étaient de 13,5 CP/an et de 5,5 CP/10 000 passages. L'incidence était de 3,5 CP/10 000 passages pour les enfants vs 6,1 CP/10 000 passages pour les adultes ($p = 0,11$). Le plaignant était la famille dans 44 CP (55 %) et le patient dans 34 CP (42 %). Il n'y avait pas de différence significative entre le jour et la nuit (5,7 CP/10 000 vs 4,8 CP/10 000 passages ; $p = 0,57$) ni entre horaires de garde et horaires hors garde (5,6 CP/10 000 vs 5,2 CP/10 000 passages ; $p = 0,78$). Nous avons dénombré 133 doléances, avec une cause médicale dans 64 CP (48 %), une cause organisationnelle dans 44 CP (33 %), une cause relationnelle dans 25 CP (19 %). Une indemnisation financière a été demandée dans 13 CP (16 %) et a été accordée pour deux dossiers (2 %). Aucun CP n'a entraîné de poursuite en justice.

Conclusion : L'incidence des CP de notre SU reste dans la moyenne basse des données retrouvées au niveau national et sans relation avec la temporalité du passage. L'analyse des CP permet d'améliorer la qualité de la prise en charge et de proposer des mesures correctives en relation avec la commission des usagers.

Mots clés Plaintes · Service d'urgence · Qualité des soins · Commission des usagers

Abstract *Aim*: The main objective of our study was to analyze claim letters (CL) addressed to an emergency department (ED). The secondary objective was to determine if there was a correlation between CL and temporality of consultation in ED.

Procedure: Monocentric and retrospective study over 6 years is about CL concerning medical care in an ED.

Results: Eighty-one CL were analyzed, and the annual mean and incidence were 13.5 CL/year and 5.5 CL/10,000 passages. The incidence was 3.5 CL/10,000 passages for children vs. 6.1 CL/10,000 passages for adults ($P = 0.11$). The complainant was the family's patient in 44 CL (55%) and the patient himself in 34 CL (42%). There was no significant difference between day and night (5.7 CL/10,000 vs 4.8 CL/10,000 passages, $P = 0.57$), or between non-working day and working day hours (5.6 CL/10,000 vs 5.2 CL/10,000 passages, $P = 0.78$). We counted 133 claims, with a medical cause in 64 CL (48%), an organizational cause in 44 CL (33%), and a relational cause in 25 CL (19%). Financial compensation was requested in 13 CL (16%) and was awarded for two cases (2%). No CL has resulted in a lawsuit. *Conclusion*: The impact of CL of our ED remains in the low average of data found at the national level and unrelated to the temporality of care. The analysis of CL allows to improve the quality of care and to propose corrective measures in relation with the user's commission.

Keywords Claims · Emergency department · Quality of care · User's commission

Y. Chouhab · C. Forestier · P. Parsis · M. Martinez (✉)
Pôle urgences, centre hospitalier du Forez,
F-42605 Montbrison, France
e-mail : mikael.martinez@ch-forez.fr

T. Lefebvre · M. Martinez
Réseau d'urgence ligérien Ardèche Nord (REULIAN),
centre hospitalier Le Corbusier, F-42700 Firminy, France

Introduction

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour les établissements de santé, 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 de 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 est de transformer ces réclamations 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'urgence (SU) sont les plus grands pourvoyeurs de plaintes au sein des établissements de santé [3,4]. Cela peut être expliqué par le flux important de patients en constante augmentation ces dernières années et dépassant régulièrement la capacité d'accueil des SU, associé à un temps de contact avec le patient très court et au caractère aigu de la maladie [5,6]. L'objectif principal de notre travail a été d'analyser les courriers de plainte (CP) adressés à notre SU. L'objectif secondaire était de déterminer s'il existait une corrélation entre la survenue d'une plainte et la temporalité (nuit, garde) de passage au SU.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique portant sur les CP concernant les patients pris en charge du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2017, au sein du SU du centre hospitalier du Forez, site de Montbrison, qui a reçu durant cette période 147 709 patients dont 33 973 enfants (23 %).

Les critères d'inclusion étaient tout CP (lettres, courriels ou article de presse) reçu par la direction de l'établissement, le chef de service du SU ou un médecin du SU. Chaque CP a été intégré dans le circuit interne de gestion des plaintes de l'hôpital qui consistait en un traitement centralisé des CP par la direction avec envoi rapide d'un accusé de réception au plaignant, puis une demande d'analyse par le service concerné qui faisait une réponse à la direction. Parallèlement, une médiation a été proposée systématiquement au plaignant qui pouvait demander la présence du médecin ayant assuré sa prise en charge et se faire assister d'un représentant des usagers siégeant au sein de la CDU. Le médecin médiateur titulaire de l'établissement étant le chef de service du SU, les plaintes qui concernaient le SU ont été traitées systématiquement par le médecin médiateur suppléant qui

était médecin interniste non rattaché au SU. La réponse définitive au plaignant était faite par la direction, et le dossier était discuté en CDU (composée de personnels médicaux et paramédicaux, de représentants de la direction et des usagers). Le plaignant pouvait par la suite contester cette réponse et demander réparation par voie amiable (assurance) ou par l'intermédiaire d'un dépôt de plainte. Le médecin ayant assuré la prise en charge du plaignant était toujours associé au processus de traitement du CP. Une synthèse de l'ensemble des CP était présentée chaque année lors d'une réunion de service permettant de discuter de procédures à adopter en cas d'événement évitable. Si la plainte portait sur un événement grave, le chef de service du SU et le service qualité de l'établissement pouvaient demander la tenue d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) ou d'un comité de retour d'expérience (CREX). Les griefs et avis postés sur Internet concernant le SU n'ont pas été inclus dans cette étude, car le plus souvent ces avis étaient anonymes et impossibles à vérifier et à traiter.

Les données issues de ces réclamations ont été recueillies dans une base de données Excel (Microsoft, Redmond, États-Unis). Les données suivantes ont été colligées : les caractéristiques de la réclamation : âge des patients, dichotomisés en adulte ou enfant (moins de 15 ans et 3 mois), le motif de consultation au SU (médecine, psychiatrie, traumatologie), l'auteur (patient, famille, professionnel de santé) et le destinataire (directeur, chef de service, médecin des urgences) du CP. La typologie de la plainte a été recueillie et répartie dans l'un des trois groupes de doléances. Un premier groupe « cause organisationnelle » incluait les problématiques d'attente aux urgences, d'atteinte à la dignité humaine, de manque de lits d'hospitalisation, de locaux, de défaut d'information et de demandes administratives ; un deuxième groupe « cause médicale » regroupait les erreurs diagnostiques supposées, les erreurs thérapeutiques supposées, la douleur non suffisamment soulagée, les iatrogénies médicamenteuses supposées, le défaut ressenti d'examens d'imagerie ou de biologie et les problèmes de retour à domicile difficile ou non adapté ; un troisième groupe « cause relationnelle » incluait les problématiques de 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 d'arrivée du patient au SU. Nous avons réalisé une étude d'incidence selon une répartition jour (entre 8 h et 20 h) vs nuit (entre 20 h et 8 h), une répartition semaine vs week-end et jours fériés et enfin une répartition en horaires de garde de nuit et de week-end. La fonction du soignant concerné par le CP a été renseignée.

Le circuit suivi par la réclamation a été étudié avec l'analyse des délais entre le passage aux urgences et la réception de la plainte, entre la réception de la plainte et la réponse du chef de service à la direction de l'hôpital et entre la réception de la plainte et la réponse de la direction au plaignant. Le

nombre de médiations a été également colligé ainsi que le délai entre la réception de la plainte et l'entretien avec le médiateur. 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 reconnaissances du bien-fondé de la doléance par le SU et le cas échéant le type de l'erreur reconnue, qu'elle soit médicale, thérapeutique ou relationnelle, ont été renseignés. 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.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R[®] version 3.5.1 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche). Les données qualitatives ont été décrites par leur nombre et leur pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par leur médiane et leur intervalle interquartile (Q1–Q3). La moyenne et l'incidence des CP (nombre de CP par 10 000 passages au SU) pour chaque année ont été calculées. Les comparaisons statistiques ont été effectuées en situation bilatérale, avec un risque alpha de 5 %. Les comparaisons de l'incidence des plaintes en fonction de la répartition adulte vs enfant, de la répartition jour vs nuit, de la répartition horaires de garde vs horaires de service ont été testées grâce à un test de Chi². L'analyse de l'évolution par année des délais des différentes étapes du circuit de plainte a été réalisée grâce à une analyse de la variance ou un test de

Kruskal-Wallis lorsque les conditions d'application de l'analyse de variance n'étaient pas réunies.

Résultats

Quatre-vingt-deux CP ont été recensés entre janvier 2012 et décembre 2017. Un courrier ne concernant pas les soins dans le service a été retiré. Aucun CP n'a concerné une prise en charge extrahospitalière par le service mobile d'urgence et de réanimation.

Quatre-vingt-un CP ont donc été analysés avec les différentes réponses émanant du centre hospitalier. Le tableau 1 montre le nombre de CP ainsi que l'évolution de l'incidence durant les six années : le nombre de CP a peu varié entre 2012 et 2017, il a été en moyenne de 13,5 CP/an, avec une incidence moyenne de 5,5 CP/10 000 passages. L'incidence a suivi globalement la même variation que le nombre de CP par année, avec une augmentation de l'activité aux urgences entre 2012 et 2017 de 8 %. La totalité des dossiers médicaux étudiés contenait l'observation d'un médecin senior.

Soixante-treize plaintes (90 %) étaient des courriers, six (8 %) des courriels, une réclamation détaillée dans un questionnaire de satisfaction de l'hôpital (1 %) et un article dans la presse locale (1 %). Les adultes représentaient la majorité des patients concernés par les CP avec 69 cas (85 %) : il n'y avait pas de différence significative de l'incidence des CP entre la population pédiatrique et celle adulte (3,5 vs 6,1 CP/10 000 passages respectivement ; $p = 0,11$). Le motif

Tableau 1 Incidences, médiations et délais de gestion des courriers de plainte par année							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Valeur de p
Nombre de CP	10	13	13	14	17	14	
Incidence des CP ^a	4,3	5,5	5,4	5,6	6,7	5,5	0,93
Délai entre le passage aux urgences du patient et la réception du CP ^b	36 (9–75)	13 (10–26)	16 (5–85)	12 (7–20)	33 (20–58)	28 (13–88)	0,24
Délai entre la réception du CP et la réponse du chef de service à la direction ^b	4 (4–4)	7 (4–13)	9 (7–13)	8 (4–14)	17 (11–27)	13 (8–15)	0,032
Délai entre la réception du CP et la réponse de la direction au plaignant ^b	132 (81–153)	84 (67–98)	90 (70–101)	70 (54–83)	74 (37–95)	42 (31–76)	0,14
Nombre de médiations	3	1	1	2	5	5	
Délai entre la réception du CP et la médiation ^b	ND	–	–	39 (36–41)	54 (47–56)	50 (49–75)	0,074

CP : courrier de plainte ; ND : données non disponibles

^a Nombre de CP pour 10 000 passages

^b Médiane (interquartile) : délais exprimés en jours

de consultation le plus fréquent était lié à des pathologies médicales pour 43 cas (53 %), puis venaient la traumatologie avec 32 cas (40 %) et la psychiatrie pour 6 cas (7 %).

L'auteur des CP était majoritairement la famille du patient pour 44 CP (55 %), puis le patient lui-même pour 34 CP (42 %) et enfin un professionnel de santé pour trois cas (3 %). Le destinataire des CP était le directeur de l'hôpital dans 74 CP (86 %), le chef de service dans six CP (7 %), l'agence régionale de santé dans trois CP (4 %), le médecin directement concerné par la prise en charge dans deux CP (2 %) et la presse dans un cas (1 %). Le but de la réclamation d'un même CP pouvait être multiple : il s'agissait d'un simple signalement dans 71 cas (69 %), d'une requête de prise en charge d'un préjudice financier dans 14 cas (13 %), d'une demande d'explications sur la prise en charge dans 10 cas (10 %) et d'une menace de plainte judiciaire dans 8 cas (8 %).

L'incidence des CR ne variait pas entre le jour et la nuit (respectivement 5,7 vs 4,8 CP/10 000 passages ; $p = 0,57$), entre la semaine et les week-ends et jours fériés (5,4 vs 6 CP/10 000 passages ; $p = 0,76$), entre les horaires de garde et de service (5,6 vs 5,2 CP/10 000 passages ; $p = 0,78$). Le personnel concerné par les réclamations était majoritairement le médecin urgentiste dans 68 cas (72 %), un médecin extérieur au SU dans 24 cas (26 %), un infirmier dans un cas (1 %), et dans un cas (1 %) l'établissement hospitalier était visé sans qu'aucun soignant ne soit impliqué. Les CP 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 par ordre de fréquence des psychiatres, des chirurgiens orthopédistes, des chirurgiens viscéraux puis des médecins 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 CP, 9 (5–20) jours entre la réception du CP et la réponse du chef de service à la direction, 74 (42–99) jours entre la réception du CP et la réponse définitive de la direction au plaignant. Une médiation a été organisée pour 17 réclamations (21 %), avec un délai médian d'entretien de 49 (41–56) jours après la réception du CP (Tableau 1). Un total de 133 motifs de réclamation a été dénombré (existence de plusieurs motifs dans un même CP) (Tableau 2). L'enquête interne a montré que pour 12 CP (15 %) le SU et son personnel n'étaient pas directement concernés par le CP. Une erreur a été reconnue par l'enquête interne pour 24 CP (30 %). Il s'agissait d'une erreur médicale avérée pour 11 cas (46 %), d'une cause organisationnelle avérée dans neuf cas (37 %) et d'une problématique relationnelle isolée pour quatre cas (17 %). Une indemnisation a été demandée dans 13 CP (16 %), mais seulement deux (2 %) ont fait l'objet d'un règlement d'indemnités de 4 905 et 3 444 € concernant des problématiques liées à la traumatologie par conci-

Tableau 2 Motifs retrouvés dans les courriers de plainte

Causes organisationnelles	44 (33)
Attente aux urgences	16 (12)
Problème de locaux	9 (7)
Défaut de lits d'hospitalisation	6 (4)
Défaut d'information	5 (4)
Problème de dignité humaine/négligence	4 (3)
Demande administrative	3 (2)
Rupture du secret professionnel	1 (1)
Causes médicales	64 (48)
Erreur présumée de diagnostic	20 (15)
Erreur présumée de thérapeutique	18 (14)
Défaut présumé d'examen réalisé	13 (10)
Effet indésirable lié aux soins	6 (4)
Retour à domicile non adapté	4 (3)
Douleur non soulagée	3 (2)
Causes relationnelles	25 (19)
Nombre (%) sur un total de 133 doléances	

liation à l'amiable avec l'assurance de l'hôpital. Aucun CP n'a entraîné une poursuite en justice. L'analyse des CP a entraîné sur la période d'inclusion la conduite de quatre RMM et la tenue d'un CREX. Les principales mesures correctives mises en place ont été la modification du protocole de prise en charge de la douleur, la création d'une filière courte avec circuit dédié, la mise en place d'une politique d'explication et de monitoring des délais d'attente à l'attention du patient en salle d'attente, l'intégration à l'équipe d'un infirmier de jour en charge des patients avec une pathologie psychiatrique et enfin la réalisation de sessions de simulation relationnelle.

Discussion

Notre étude a montré une incidence de 5,5 CP/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).

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, il est confronté à des prises de décision nombreuses et fondées sur des informations parfois incomplètes, et il est souvent sujet aux interruptions de tâches (urgence vitale, appels téléphoniques, avis médicaux, problèmes administratifs) [9,10]. Les urgentistes doivent également prendre en compte de nombreuses demandes de familles en situation de stress et d'impatience. Ces situations de crise sont parfois sources de conflits menant à une plainte ou à une réclamation pour des raisons multiples (présence de plusieurs griefs dans un seul et même courrier). Notre étude a montré une incidence de réclamations (5,5 CP/10 000 passages) dans la fourchette de celles retrouvées dans la littérature (Tableau 3). Notre incidence de CP est légèrement surestimée du fait de l'inclusion dans notre étude de tous les CP adressés au SU, même si le CP ne visait pas directement la prise en charge en SU (15 % des CP).

La principale doléance rapportée a été la cause médicale (48 %), avec en premier lieu l'erreur présumée de diagnostic. La « cause médicale » ressortait également en tête dans l'étude de Bailleux et al. retrouvant 67 % de doléances pour « cause médicale » [14], avec principalement une erreur présumée de diagnostic. L'autre grief souvent retrouvé a été la « cause relationnelle » (19 % dans notre étude) dans des proportions similaires à celles observées au SU du centre

hospitalo-universitaire (CHU) de Toulouse Rangueil (14 %) [6] et dans l'étude de Bailleux et al. (26 %) [14]. La composante relationnelle et une communication inadaptée sont retrouvées comme étant à l'origine de nombreuses plaintes [18,19]. Le rôle de la médiation est donc essentiel pour apaiser des situations de tensions émotionnelles, apporter des éléments d'explication, voire présenter des excuses si nécessaire. Nous avons remarqué que neuf CP ont incriminé directement des locaux inadaptés (deuxième catégorie des causes organisationnelles) car dimensionnés il y a 20 ans, date à laquelle la fréquentation était inférieure de 40 %. Cette problématique impacte directement le délai d'attente aux urgences évoqué dans 16 CP (23 %, première catégorie des causes organisationnelles des plaintes).

Les plaignants étaient principalement la famille (54 %) et le patient lui-même (34 %). Il s'agit de résultats équivalents à ceux retrouvés dans d'autres études [6,14]. Le but de la réclamation était le plus souvent de signaler un dysfonctionnement afin qu'il ne se reproduise plus. Les poursuites de procédure après courrier de réponse par la direction ou médiation représentaient 10 % des cas, et seulement 2 % des plaintes ont mené à une indemnisation par l'assurance. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans les études du SU de Niort (6 % de cas d'indemnisation entre 2011 et 2016) [15] et du CHU de Toulouse Rangueil (une indemnisation proposée dans 1 % des plaintes) [6]. Les erreurs

Période d'inclusion	Étude	Lieu	Population	Passage annuel	Incidence ^a	Commentaire ^b
2012–2015	Allali et Ferracci [11]	Pointe-à-Pitre (France)	Adulte	40 000	1,6	Abstract : étude non publiée
2010	Bongale et Young [12]	Glasgow (Écosse) : 2 SU	Adulte et pédiatrique	100 000	4	
2002–2007	Raynaud-Lambinet et al. [6]	Toulouse (France)	Adulte	30 000	5,6	
2009–2014	Pfeil et al. [13]	Lausanne (Suisse)	Adulte	38 000	5,5–8,8	Abstract : étude non publiée
2012–2016	Bailleux et al. [14]	Haute-Normandie (France) : 5 SU	Adulte	276 000	7,1	Abstract : étude non publiée
2011–2016	Henry et Violleau [15]	Niort (France)	Adulte	40 000	9,3	Abstract : étude non publiée
2002–2003	Wong et al. [16]	Singapour (Singapour)	Adulte et urgence vitale pédiatrique	75 000	11,7	
1997–2001	Taylor et al. [17]	État de Victoria (Australie) : 67 SU	Adulte et pédiatrique	2 600 000	14,2	48 % de plaintes téléphoniques

SU : service d'urgence
^a Nombre de courriers de plainte pour 10 000 passages
^b Seuls les abstracts datant de moins de trois ans ont été pris en compte

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. Ces résultats sont du même ordre que ceux de l'étude de Raynaud-Lambinet et al. (40 % d'erreurs diagnostiques réelles) [6] et de l'étude de Brown et al. analysant la base de données de la Physician Insurers Association of America, une compagnie assurant 60 % des médecins aux États-Unis, qui a colligé 11 529 plaintes survenues aux urgences entre 1985 et 2007. Les erreurs de diagnostic avérées ont représenté 37 % des erreurs reconnues et 17 % des erreurs liées à une procédure médicale non conforme [3]. L'existence de procédures comme la vérification croisée en SU peut être une solution pour diminuer l'incidence de ces erreurs [20]. La mauvaise prise en charge de la douleur représentait 5 % des doléances dans notre étude, similaire aux 6 % de doléances présentées dans le travail de Raynaud-Lambinet et al. [6]. Malgré l'existence de protocoles de prise en charge de la douleur à la fois au SU et par l'IOA, des rappels réguliers doivent être organisés afin d'éviter une prise en charge non conforme.

L'étude des délais de réponse 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 (diminution du délai médian de 132 jours en 2012 à 42 jours en 2017). Cette amélioration des délais de réponse s'est faite grâce à l'action de la CDU avec des objectifs de délai suivis chaque année. Le traitement des CP doit être non seulement fait au niveau du SU, mais aussi au sein de l'institution. Un certain nombre d'avancées que nous avons pu obtenir pour le fonctionnement du service provient de cette articulation qui est donc bien un outil d'amélioration et non de sanction.

Notre étude comporte toutefois quelques limites dues au caractère monocentrique et rétrospectif du recueil, à un faible effectif et à la non-inclusion de toutes les réclamations des usagers. En effet, tous les plaignants n'ont pas formulé de manière écrite leurs griefs à la direction de l'hôpital. Ainsi, les appels téléphoniques pour des réclamations non suivis de courriers n'ont pas été inclus de même que les avis sur des sites Internet qui utilisent souvent l'anonymat avec des informations difficiles, voire impossibles à vérifier. Nous considérons, néanmoins, 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.

Conclusion

L'incidence des plaintes dans notre SU est similaire à celle retrouvée dans la littérature, sans influence de la période de garde sur la survenue d'une réclamation. La gestion institu-

tionnelle des plaintes, le suivi de l'évolution de l'incidence et l'analyse des doléances doivent permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge et de proposer des mesures correctives.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- République française (2010) Code de la santé publique — Article L1112-2. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685796&dateTexte=&categorieLien=cid> (Dernier accès le 18 décembre 2018)
- République française (2016) Code de la santé publique — Article L1112-3. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionid=2D596FDF37C1882441AB53F74DF7ECB.tplgfr24s_2?idArticle=LEGIARTI000031931808&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180925&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech= (Dernier accès le 18 décembre 2018)
- 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
- 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 Emerg Med* 11:24–50
- Cohen D, Chan SB, Dorfman M (2012) Malpractice claims on emergency physicians: time and money. *J Emerg Med* 42:22–7
- 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
- Quintana EC (2005) Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Ann Emerg Med* 46:209
- 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* 71:157–64.e4
- Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WTM, et al (2010) The impact of interruptions on clinical task completion. *Qual Saf Health Care* 19:284–9
- 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
- Allali M, Ferracci S (2016) Plaintes aux urgences du CHU de Pointe-à-Pitre de 2012 à 2015. *Congrès Urgences 2016*. http://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/437/fic_id/428 (Dernier accès le 18 décembre 2018)
- Bongale S, Young I (2013) Why people complain after attending emergency departments. *Emerg Nurse* 21:26–30
- Pfeil MN, Carron PN, Yersin B, et al (2016) Caractéristiques des plaintes adressées à un service d'urgence suisse entre 2009 et 2015. *Congrès Urgences 2017*. http://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/1694/fic_id/2854 (Dernier accès le 18 décembre 2018)
- Bailleux BJ, Feras J, Faure-Pontier J, et al (2018) Revue systématique des plaintes et réclamations (P/R) aux services d'urgence : étude multicentrique. *Congrès Urgences 2018*. http://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/2757/fic_id/5545 (Dernier accès le 18 décembre 2018)

15. 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. http://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/3034/fic_id/4902 (Dernier accès le 18 décembre 2018)
16. Wong LL, Ooi SB, Goh LG (2007) Patients complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Med J* 48:990–5
17. Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA (2004) Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian hospitals, 1997–2001. *Med J Aust* 8:31–5
18. Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA (2002) Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med (Fremantle)* 14:43–9
19. Finefrock D, Patel S, Zodda D, et al (2018) Patient-centered communication behaviors that correlate with higher patient satisfaction scores. *J Patient Exp* 5:231–5
20. Freund Y, Goulet H, Leblanc J, et al (2018) Effect of systematic physician cross-checking on reducing adverse events in the emergency department: the CHARMED cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 178:812–9