

## Comment prévenir les plaintes ?

D. Pateron<sup>1</sup>, J.M. Piquet<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service des urgences, hôpital Saint-Antoine, APHP, UMR S 707, Université Paris 6, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris Cedex 12

<sup>2</sup> Cadre de santé, Service des urgences, hôpital Saint-Antoine, APHP, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris Cedex 12

### POINTS ESSENTIELS

- L'exercice de la médecine d'urgence et de la morbidité ressentie des patients qui la sollicitent exposent un tel lieu de soins à de nombreuses frustrations et critiques tant de la part des soignés que des autres acteurs soignants
- L'incidence des plaintes écrites est relativement faible, elle varie de 5 à 15 pour 10000 passages.
- Plus que l'attente, c'est l'incertitude et le sentiment d'être oublié qui est mal ressenti par les patients.
- La prise en charge de la douleur à l'arrivée est un élément important pour que le patient perçoive l'attention qui est portée à son accueil et la qualité de la prise en charge initiale.
- L'infirmier participe activement à l'information du patient qui est un droit.
- Il ne faut jamais oublier que ce qui est pour le professionnel une répétition de situations de détresses physiques, morales est pour chaque malade et leur accompagnant un moment unique.
- Le sentiment que la demande a été entendue est souvent plus important que l'immédiateté de la réponse.
- Le dossier infirmier fait partie des éléments du dossier auxquels le patient peut avoir accès.
- Le secret couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance de l'infirmier dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais également ce qu'il a vu, entendu, constaté ou compris.
- Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe.

## INTRODUCTION

Le métier d'infirmier en médecine d'urgence s'exerce dans ce contexte particulier. En effet, les spécificités respectives de l'exercice de la médecine d'urgence et de la morbidité ressentie des patients qui la sollicitent exposent un tel lieu de soins à de nombreuses frustrations et critiques tant de la part des soignés que des autres acteurs soignants internes ou externes. Selon l'HAS, le passage aux urgences est une situation à risque (1). Les personnes et leurs proches sont souvent angoissés, dans une situation qu'ils ne peuvent pas maîtriser et où la logique médicale s'impose complètement. L'entrave physique, l'insécurité psychique et l'isolement social accroissent la dépendance du patient et de ses proches.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a profondément changé la pratique des professionnels et leur rapport avec les personnes soignées (2). Le développement des droits du malade et l'évolution du rapport soignés-soignants ont augmenté le nombre de plaintes. Celles-ci sont orales de façon quotidienne et sont gérées par des explications et une approche de communication qu'il convient de travailler. La partie émergée la plus visible et la plus sensible de l'iceberg est constituée par les plaintes écrites, en règle adressées à la direction de l'hôpital et transmises au chef de service et au cadre supérieur. Ces réclamations écrites doivent être traitées dans les huit jours avec une réponse écrite. Leur incidence varie de 5 à 15 pour 10000 passages dans la littérature (3, 4).

Enfin dans un petit nombre de plaintes vont faire l'objet d'une plainte en justice. Dans ce cas et d'une manière générale, la responsabilité infirmière recouvre l'ensemble des situations dans lesquelles une infirmière peut être appelée à répondre de ses actions ou de ses omissions du fait de ses obligations ou de son exercice professionnel. Il existe « trois » responsabilités pouvant être mises en cause devant la justice. Elles répondent à des principes et des buts différents.

- Le but de la *responsabilité civile* ou administrative n'est pas de punir, mais de permettre au patient victime d'un dommage d'obtenir des dommages et intérêts en guise de réparation.
- La *responsabilité pénale* a un caractère toujours strictement personnel. Elle a pour objectif de punir le comportement dangereux ou illicite d'un professionnel de santé du fait des dommages qu'il a pu causer à son patient ou du simple fait d'avoir fait courir un risque injustifié à celui-ci. Ceci intègre le préjudice lié à la violation du secret professionnel, la non-assistance à personne en danger ou la mise en danger d'autrui. Dans le rapport 2006 de la SHAM, principal assureur des établissements hospitaliers, on recensait 48 plaintes pénales dont 13 concernait le personnel paramédical. Même si seulement 5 des 48 personnes mises en cause ont été condamnées, chaque procédure représente une épreuve personnelle importante.

Une infirmière peut faire l'objet d'une *sanction disciplinaire* en cas de violation d'une règle professionnelle particulière aux infirmières ou de désobéissance ou d'inobservation de mesures ou d'ordres émanant de son employeur (dès lors que ceux-ci ne sont pas manifestement illégaux).

Le dépôt d'une réclamation ou d'une plainte est le constat d'un échec de la relation soignant soigné et nécessite en tout état de cause d'être prévenu. Plus le travail s'effectue de façon harmonieuse et moins le soigné est perçu comme un plaignant potentiel, plus le risque de plainte est faible. L'attitude du soignant et ses réactions vis-à-vis des réclamations immédiates

du patient permettent de désamorcer grand nombre de situations qui risquent d'évoluer vers le conflit.

### *Comment les prévenir ? Comment les désamorcer ? Place du comportement du soignant dans la prévention de la plainte*

Les plaintes impliquant potentiellement le personnel infirmier concernent essentiellement :

- l'attente ;
- la prise en charge de la douleur ;
- l'information donnée au patient ;
- les soins administrés ;
- le comportement.

Le **tableau 1** résume les motifs de plaintes colligés dans le SAU d'un CHU recevant environ 30000 urgences/an. Connaître ces causes de plaintes, c'est déjà les prévenir.

Tableau 1.- Type de doléances enregistrées dans 153 lettres de plaintes adressées à un service d'urgence [3].

Type de doléance principale	(%)
Erreur diagnostique	21
Retard ou défaut de prise en charge	21
Erreur de prescription	1
Mauvaise prise en charge de la douleur	6
Délai d'attente	7
Manque d'information	6
Atteinte à la dignité	9
Comportement du personnel	14
Transfert et retour à domicile contestés	9
Confidentialité	2
Refus de payer	3
Certificat	1

#### **• *L'attente aux urgences***

L'attente aux urgences est un sujet de plainte fréquent où se mêlent un facteur de désagrément compréhensible, mais surtout un risque de retard de prise en charge préjudiciable. En ce qui concerne le premier, l'information sur le délai d'attente approximatif au moment de l'accueil joue un rôle dans l'anticipation du mauvais vécu de l'attente dont le patient ne découvre souvent l'importance qu'au fil du temps. Plus que l'attente, c'est l'incertitude et le sentiment d'être oublié qui est mal vécu. L'information du temps d'attente peut être effectuée initialement par l'IAO ou l'agent administratif et peut être complétée par la mise en place de panneau d'indication du temps d'attente moyen ou du nombre de patients présents sur le site. La délivrance d'un livret d'accueil renseignant sur les étapes de la prise en charge peut également être utile. Le passage des malades tient compte de l'affluence aux urgences au moment considéré et de la gravité des malades pris en charge. Le rappel empathique de la nécessité d'une hiérarchie des urgences est utile. Cette information peut être complétée par des panneaux d'information indiquant que la prise en charge des patients est déterminée en fonction du

caractère d'urgence et non en fonction de l'ordre d'arrivée et un affichage du nombre de patients présents des temps moyens d'attente. La mise en place d'échelle de tri pour l'accueil et l'orientation et leur respect est une mesure essentielle pour la prévention de retard de prise en charge préjudiciable (5).

- ***La prise en charge de la douleur***

La prise en charge de la douleur à l'arrivée est un élément important pour que le patient perçoive l'attention qui est portée à son accueil et la qualité de la prise en charge initiale. Cette prise en charge de la douleur doit faire l'objet de protocole écrit de service. Lorsque l'intensité d'une douleur correspond à l'utilisation d'antalgique de palier 3, elle justifie une prise en charge prioritaire et une médicalisation précoce. Cette prise en charge de la douleur bien qu'ayant nettement progressée ces dernières années, reste insuffisante (6). Elle doit s'exercer tout au long du parcours du patient dans le service des urgences et concerne en particulier les actes douloureux où la place de l'anesthésie locale, de l'utilisation d'un mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote, la morphine doivent tenir toute sa place.

- ***L'information du patient***

Le CNOI rappelle que l'infirmier participe activement à l'information du patient qui est un droit. L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leur situation de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale (7). Conformément à l'article L. 1111-2, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'infirmier met en œuvre ce droit dans le respect de ses compétences professionnelles. Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier doit inviter le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement ou réglementairement compétent. L'information est loyale, adaptée et intelligible. L'infirmier tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées. Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent dispenser l'infirmier de son devoir d'information. Conformément à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, l'infirmier peut être chargé par le médecin, de délivrer à la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6, les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à la personne malade. Le patient peut s'opposer à cette information. Il n'appartient pas à l'infirmier d'informer ces mêmes personnes d'un pronostic fatal.

- ***Les soins donnés aux patients***

Même s'ils font l'objet des plaintes potentiellement les plus graves et les plus médiatisées, les plaintes liées aux soins sont rares en ce qui concerne les infirmiers. Le CNOI rappelle que concernant les soins administrés, l'infirmier suit les prescriptions médicales effectuées au cours de la prise en charge. A l'arrivée du malade, l'infirmier applique et respecte les protocoles

thérapeutiques et de soins d'urgence que le médecin responsable du service a élaborés. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Aucun acte infirmier ne peut être pratiqué sans le consentement libre et informé de la personne. Ce consentement peut être retiré à tout instant. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucun acte ne peut être réalisé, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Conformément à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ces derniers reçoivent l'information prévue par le même article. Les personnes malades ont le droit de recevoir elles-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leur faculté de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, l'infirmier délivre, dans la mesure du possible, les soins indispensables. La volonté de la personne de ne pas être informée doit être respectée.

- ***Le comportement et conditions d'accueil***

Le comportement du personnel, infirmier ou médical est l'objet d'un quart des plaintes écrites à l'encontre des services d'urgences (3). Ceux-ci ne doivent jamais oublier que ce qui est pour le professionnel une répétition de situations de détresse physiques, morales est pour chaque malade et leur accompagnant un moment unique qui les concerne au plus haut point. Tout comportement qui ne tient pas compte de cette donnée est perçu comme de la désinvolture et un manque de professionnalisme. Les reproches les plus souvent mis en avant concernent les professionnels qui échangent et discutent entre eux en ignorant le patient présent dans la pièce, les professionnels qui n'entendent pas ce que leur disent les malades ou leurs proches, ce que les patients peuvent interpréter comme des menaces ou des humiliations, la culpabilisation des proches (1).

Les malades se plaignent d'être « transparents ». Des pistes sont proposées par l'HAS permettant de construire une politique de « bienveillance ». Elles se basent sur l'étude de la maltraitance « ordinaire » de Claire Compagnon et Véronique Ghadi qui est fondée sur une analyse qualitative approfondie de témoignages de patients et de proches, complétée par des entretiens avec des professionnels de santé (8). Certaines de ces mesures nous apparaissent assez générales :

- un engagement du management de l'établissement et des services invité à poser un cadre de référence clair ;
- une meilleure identification des situations ;
- la formation et la sensibilisation des professionnels ;
- la réflexion sur les pratiques ;
- une évolution plus générale, soutenue par le reste de la société, vers une culture de la bienveillance.

Il est évident que la plupart de ces mesures demande de donner du temps au temps, ce dont les

professionnels manquent le plus et auquel aspirent le plus les patients. Le sentiment que la demande a été entendue est souvent plus important que l'immédiateté de la réponse.

Les conditions d'accueil sont liées à la qualité des locaux. Un rapport de la SFMU précise les conditions architecturales d'un accueil de qualité pour les services d'urgences. Le respect de la confidentialité, l'intimité la minimisation du bruit (9).

### *Le dossier infirmier : importance de la tenue du dossier patient et modalités de transmission du dossier aux plaignants*

L'infirmier doit établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents relatifs à la prise en charge. Ce dossier comporte les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Il doit permettre le suivi du patient. Il doit veiller à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion. Ce dossier fait partie des éléments du dossier auxquels le patient peut avoir accès. La transmission du dossier se fait à la demande du patient soit lors de la sortie du malade ou le plus souvent après une demande écrite conformément à la loi du 4 mars 2002. La rédaction du dossier infirmier doit tenir compte de ce point en évitant toute appréciation subjective ou émotionnelle qui pourrait être interprétée comme un manque de bienveillance. Il est important que ce dossier soit en cohérence avec le dossier médical car les divergences sont souvent interprétées comme des incohérences de prise en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort afin d'assurer la protection de ces données.

### *Modalités d'application du secret professionnel et dérogations*

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance de l'infirmier dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais également ce qu'il a vu, entendu, constaté ou compris. Le secret professionnel ne peut être opposé au patient. Conformément à l'article L. 1110-4, lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe. L'infirmier amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale ou à la dignité de cette personne. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il peut, conformément au Code pénal, et nonobstant les règles relatives au secret professionnel, en informer l'autorité judiciaire.

## **RÉFÉRENCES**

- 1- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », août 2008. ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))
- 2- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr))

- 3- Raynaud-Lambinet A, Juchet H, Charpentier S, et al. Analyse des lettres de plaintes adressées dans un service d'urgence de 2002 à 2007. *Ann Fr Med Urgences*, 2011, 1 170-4.
- 4- Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Analysis of complains from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med*, 2002; 14: 9-11.
- 5- Référentiel IOA Infirmière organisatrice de l'accueil SFMU, Paris, 2004. ([www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf](http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf))
- 6- Ricard-Hibon A, Ducassé JL, Ravaud P, Wood C, Viel E, Chauvin M, Brunet F, Bleichner G. Quality control programme for acute pain management in emergency medicine: a national survey. *Eur J Emerg Med*. 2004; 11: 198-203
- 7- Projet de code de déontologie – validé par le Conseil national de l'Ordre des infirmiers. Articles R.4312-1 et suivants du code de la santé publique Groupe de travail « Éthique et Déontologie » 9 février 2010. ([www.ordre.infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet\\_code\\_deontologie\\_fevrier\\_2010.pdf](http://www.ordre.infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf))
- 8- Claire Compagnon et Véronique Ghadi. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Rapport 2009. ([www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_915234/etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi-la-maltraitance-ordinaire-dan...](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915234/etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi-la-maltraitance-ordinaire-dan...))
- 9- Bleichner G. Architecture des services d'urgences, recommandations de la SFMU, Paris 2004 ([www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/recom\\_sfmou\\_archi\\_service\\_urg.pdf](http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfmou_archi_service_urg.pdf))