

Gestion des plaintes en structure d'urgence

O. Page (cadre IADE), G. Kierzek, J.-L. Pourriat

Université Paris 5, Faculté de Médecine Paris-Descartes ; AP-HP ; Service des Urgences Hôtel Dieu - Cochin; Place du Parvis Notre Dame; 75004 PARIS

PROBLEMATIQUE – DEFINITIONS

L'urgence médicale se définit par toute symptomatologie dont le diagnostic et surtout le traitement, voire l'orientation ne peuvent être différés. Malheureusement, depuis plusieurs années, cette définition théorique s'est trouvée confrontée à une augmentation considérable des appels et des consultations d'urgence pour des raisons diverses, notamment sociologiques. Parallèlement, la baisse de la démographie médicale, en particulier celle des médecins généralistes, a accentué le déséquilibre entre la demande et l'offre, entraînant, par voie de conséquence, un afflux au niveau des urgences hospitalières qui génèrent des demandes de moyens supplémentaires.

Ce décalage entre un recours important à la notion d'urgence et une offre de soins forcément limitée explique que la responsabilité médicale est fréquemment mise en cause : il peut s'agir de simples plaintes au niveau du Conseil de l'Ordre, des directions hospitalières ou de signalements auprès des organismes de tutelle, mais les actions en justice vont également croissant, que ce soit dans les juridictions administratives, civiles ou pénales. Les plaintes à l'encontre du médecin urgentiste hospitalier ne sont plus exceptionnelles (non-assistance à personne en danger, défaut de surveillance, défaut de moyens diagnostiques et/ou thérapeutiques) de même que celles en rapport avec l'exercice préhospitalier (Samu/Smur)^{1, 2}.

1 INCIDENCE

La sinistralité MACSF se définit par le nombre de signalements pour 100 sociétaires. Elle a augmenté lentement de 12.2 à 13.9 entre 2008 et 2009 ; elle reste heureusement moins élevée que dans les grandes spécialités à risque comme l'anesthésie (21.8) ou la chirurgie (41.9), mais sa progression est préoccupante (**figure 1**).

TYOLOGIE

Bien qu'il existe à l'évidence des situations communes aux différents types d'exercice en médecine d'urgence, leurs fréquences respectives obligent à distinguer les

réclamations et les plaintes selon qu'elles surviennent dans le service d'accueil des urgences (SAU), au Samu ou au Smur.

Spécificités liées au type d'exercice

- Au niveau du SAU, la fréquence des réclamations est mal évaluée, car elle est actuellement difficile à colliger, mais les motifs les plus fréquents sont universels :
 - Le défaut d'organisation, les délais excessifs, le manque d'empathie des soignants sont des motifs largement exprimés. Une enquête non exhaustive, menée sur l'année 2006 auprès des SAU de l'APHP montrait que pour près de la moitié, les réclamations étaient motivées par le mépris ressenti.
 - En second lieu, il s'agit des traumatismes mineurs des extrémités avec fracture non déplacée. Sans que l'attitude thérapeutique (immobilisation) soit modifiée, qu'il y ait ou non fracture, le patient toujours algique à la 48^e heure, va dans un autre site faire un contrôle radiologique où l'on s'étonne que la fracture soit passée inaperçue. Dans ces conditions, expliquer que c'est l'ossification progressive du trait de fracture qui permet sa visibilité est toujours une tâche ardue chez un patient souvent très revendicatif.
- Au niveau du Samu, la sous-estimation de la gravité par le médecin régulateur et par conséquent, l'envoi de moyens inadaptés est le motif le plus fréquemment retrouvé
- Au niveau du Smur, l'arrivée tardive sur les lieux constitue le motif le plus fréquent, d'autant plus grave que le retard engage le pronostic. Il en est de même d'un traitement inadapté ou d'une difficulté à effectuer des gestes techniques, là encore, mettant en jeu le pronostic vital.

Qualifications juridiques

Elles sont détaillées dans le **tableau 1**.

- Manquement à l'obligation de moyens,

L'obligation de moyens est impérative pour tout médecin. Il doit mettre en œuvre les moyens adaptés pour arriver au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique qu'impose l'état de son patient. Ces moyens sont techniques, intellectuels et humains^{3, 4}. Ainsi, l'interrogatoire des proches peut être un élément fondamental qu'il importe de ne pas négliger. Un médecin a été condamné pour diligence insuffisante, en diagnostiquant une maladie psychiatrique chez un patient porteur en réalité d'une méningite, car il avait négligé de procéder à un interrogatoire soigneux de la compagne du patient (CA Paris, 19 nov. 1998: Juris-Data n° 023476). De même, la condamnation en première instance d'un médecin Smur, appelé dans un restaurant pour une jeune femme ayant présenté un malaise, étiqueté vagal, avec chute... mais qui décèdera quelques heures plus tard d'un hématome extradural. Les magistrats ont retenu le lien de causalité et ont condamné pour négligence (absence d'une prise en compte suffisante de l'interrogatoire de l'entourage) et imprudence (absence de consignes précises en cas d'apparition de signes neurologiques)⁵.

L'avis d'un spécialiste est à rechercher quand le problème dépasse le domaine de compétence du médecin urgentiste. Il s'agit, aux termes de la loi, d'une obligation de faire. Avec cette réserve, les erreurs diagnostiques ne constituent pas forcément une faute si les moyens adaptés ont été instaurés avec diligence. Les erreurs de prescription sont à analyser en fonction, soit de l'erreur diagnostique qui justifie la prescription en cause, soit d'une erreur thérapeutique sur un bon diagnostic, soit d'une prescription correcte, mais mal ou non effectuée. Les bonnes pratiques imposent que la prescription ne doit, en aucun cas, être « *téléphonique* » ; elle doit être écrite lisiblement, datée et signée et comporter le médicament, la dose, la voie d'administration et la durée du traitement.

Il en est de même des erreurs techniques, en tenant compte de la difficulté du geste et du risque « *normal* » à sa réalisation. Dans ce dernier cas (soins bénins), le médecin a une obligation de résultat.

- Défaut d'appréciation du niveau de gravité

Le défaut d'appréciation de l'état de gravité est une circonstance qui peut engager la responsabilité pénale pour non-assistance à personne en péril (art. 223-6 du CP). Deux conditions sont nécessaires : d'une part que le médecin, susceptible de porter secours, ait eu connaissance du danger pour le patient, d'autre part qu'il ait refusé d'intervenir soit directement, soit indirectement. Point n'est besoin de rappeler l'impératif qu'il y a, pour le médecin urgentiste, de se déplacer pour répondre à l'appel du personnel soignant, d'autant plus que celui-ci ne serait pas compétent (par ex un brancardier) (CC, 21 janvier 1954 : Juris-Classeur Périodique 54, II, 8050), (Tribunal correctionnel de Draguignan, 28 janvier 1983).

Mais, plus que tout médecin, voire que de tout médecin urgentiste, le médecin régulateur du Samu est particulièrement exposé. Suite à un appel qui est toujours décrit par l'appelant comme urgent, le médecin régulateur va devoir par un interrogatoire téléphonique précis, reconnaître des signes de gravité patents ou potentiels et répondre à la demande, soit en se limitant à un conseil, soit en envoyant les moyens de secours adaptés allant de l'ambulance simple jusqu'à l'envoi d'un Smur. Le médecin régulateur devra ensuite réévaluer son jugement initial par un dialogue avec son collègue médecin Smur, sur place, et trouver enfin le lieu d'hospitalisation adapté (patient laissé sur place ou transféré vers un service d'urgences ou un service de réanimation). A chacune de ces étapes, le risque de sous-évaluation de la gravité est majeur, en intégrant par ailleurs la notion de moyens immédiatement disponibles, le délai de transport, etc.

Fort heureusement, contrastant avec le volume important des appels au centre 15, les plaintes restent encore actuellement limitées. Ainsi, de 1994 à 1999, le Sou médical a enregistré 15 déclarations d'accidents impliquant des médecins de SAMU/SMUR dont 10 médecins transporteurs et 5 des médecins régulateurs⁶. Il s'agit essentiellement de non-envoi d'une ambulance, envoi inapproprié et tardif d'une ambulance non médicalisée, envoi tardif d'une équipe médicalisée, retard à la prise en charge en rapport avec une erreur diagnostique ou délai excessif dans l'arrivée du SMUR sur les lieux. Le tableau I indique les motifs actuels de recours.

- Défaut d'information ou de consentement aux soins :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » (art 16.3 du CC). Le patient est libre d'accepter ou de refuser les soins médicaux. Ce principe est notamment clairement énoncé dans la loi du 29 juillet 1994 et il est réaffirmé dans les nouvelles dispositions de la loi du 4 mars 2002. La loi renforce la notion d'information préalable et de consentement aux soins, affirmant que « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix », mais le médecin ne peut se retrancher derrière un refus simple ou une absence de coopération. Il doit s'efforcer de convaincre le patient, voire l'entourage, en laissant le temps de la réflexion y compris dans un service d'urgence.

Le médecin ne peut se dispenser de ce devoir d'information et de consentement sous prétexte d' « *urgence* », concept qu'il est important de préciser. Même pour les urgences relatives, l'urgentiste doit informer son patient des risques graves encourus, secondaires aux traitements, exceptionnels ou non⁷. Seule l'urgence vitale (environ 5% des passages) chez un patient conscient (...) et capable de s'exprimer avec compréhension, peut poser un réel problème au médecin urgentiste. Dans une affaire récente concernant une transfusion sanguine chez une patiente non consentante, le Conseil d'État a précisé que le médecin devait « *d'une part avoir tout mis en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part s'assurer qu'un tel acte soit proportionné et indispensable à la survie de l'intéressée* »⁸. Les conditions qui pourraient dispenser d'un consentement seraient donc les suivantes : pronostic vital en jeu, information délivrée sur les conséquences du refus de soins, aucune alternative thérapeutique et mesures prises indispensables et proportionnées. Il faut rappeler qu'il s'agit là d'une jurisprudence administrative et que par ailleurs le Code Pénal ne prévoit pas de dérogation à l'obligation de porter secours (art. 223-6 du CP).

- Manquement à l'obligation de surveillance :

L'obligation de surveillance, devoir éthique avant tout, doit intervenir notamment en cas de non-consentement aux soins. En cas de refus réaffirmé avec conviction et après s'être assuré de la bonne compréhension des conséquences du refus, le médecin doit, d'une part proposer au patient une solution alternative (autre établissement, autre confrère, autre procédure diagnostique ou thérapeutique, etc.), d'autre part faire écrire au patient, de sa main même, le refus aux soins et la prise de connaissance des conséquences de son refus, enfin compléter le dossier médical en relatant l'ensemble de la démarche, en précisant que le devoir d'information a bien été rempli.

L'obligation de surveillance intervient également dans le cadre du SAMU où le médecin régulateur doit s'assurer que les secours qu'il a dépêchés auprès du patient ont bien effectué la prise en charge. Il ne pourrait se contenter, à la suite d'un appel au secours (et non d'une demande de renseignement), de donner uniquement les coordonnées téléphoniques d'un médecin généraliste, sans s'assurer que celui-ci peut se déplacer sur les lieux.

Avant l'accident

Respect des bonnes pratiques

Des recommandations de bonne pratique, conférences d'experts et consensus sont diffusés par la Sfar, Samu de France et la SFMU. Le respect de ces recommandations est une protection pour le médecin urgentiste, faute de quoi il pourrait se trouver confronté aux articles 32 et 33 du CD : *« Dès lorsqu'il accepte de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents »* et *« le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques les mieux adaptées, et s'il y a lieu, de concours appropriés »*.

Les actions de formation permanente sont indispensables, à la fois dans des réunions locales régulières, des abonnements personnels aux revues de la spécialité et des congrès nationaux et internationaux validés par les Collèges de Spécialité.

Protocoles et procédures

La déclinaison au niveau local des recommandations nationales permet d'éviter les démarches diagnostiques et thérapeutiques marginales, ceci dans le cadre de la médecine basée sur les preuves (« evidence based medicine ») et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Parallèlement un cahier des charges, destiné aux différentes catégories de personnel, régulièrement évalué, permet l'application par tous de règles communes, en particulier sur l'accueil, l'empathie, l'hygiène, la tenue du dossier de soins du dossier médical, etc. (« evidence based management »).

Après l'accident

Mesures immédiates

- (R)établir la confiance par le dialogue entre le patient et l'équipe soignante passe par une rencontre associant le patient, ses proches s'il le souhaite, le chef de service ou son mandataire, le cadre supérieur infirmier.
- Informer :
 - Informer de l'existence d'un accident est une obligation légale (L. 1142-4) de même que le signalement à l'autorité compétente
 - Dans l'immédiat, l'attitude sera surtout retenue dans le récit des faits (pas de jargon, pas d'exhaustivité), marquée par de l'empathie et de la cohésion d'équipe. L'image à donner est celle d'une équipe unie qui a fait tout ce qu'elle pouvait et ne cherche pas à masquer quelque chose.
 - Se mettre à la disposition des personnes pour les revoir (parfois à plusieurs reprises) et donner des informations complémentaires.
 - si le patient est en réa. : prendre des nouvelles et le faire savoir

- Informer le médecin traitant...
- La communication des documents ne concerne que ceux qui sont demandés, sans prendre du retard ni devancer la demande.
- Parallèlement, la bonne tenue du dossier médical, un compte rendu détaillé de l'événement en cause, un aide-mémoire personnel (capital en cas de convocation plusieurs mois, voire années après les faits), le signalement précoce à la compagnie d'assurances ...) dont des garanties en cas de poursuites judiciaires.

Médiation médicale

Si l'utilisateur s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité médicale, il peut demander l'assistance et les conseils d'un médiateur médical. Les missions de ce dernier consistent à :

- Prendre contact avec le plaignant (le patient ou l'un de ses proches) et lui proposer généralement un rendez-vous,
- Consulter le dossier médical, avec l'accord du patient,
- Compléter l'information, expliquer et essayer de résoudre les malentendus éventuels,
- Informer, si besoin, sur les modalités du recours gracieux
- Indiquer au plaignant les voies de recours judiciaire possibles, si les démarches amiables ont échoué.

Mesures correctrices

- Une réunion après l'accident est souhaitable, ce qui peut permettre à chacun d'exprimer ses sentiments et de recueillir au plus vite les témoignages
- Une analyse à distance est souhaitable dans le but de rechercher des « causes-racine » et d'améliorer les pratiques par les professionnels. La rédaction d'un document se discute...

CONCLUSION : ROLE DES CADRES DE SANTE

Le service des urgences reçoit quotidiennement des plaintes de patients mécontents. Elles sont d'ordre divers allant d'une simple protestation quant à l'attente aux urgences, de la perte d'effets personnels, ...

Les plaintes les plus graves rencontrées sont plutôt des agressions et des violences verbales et parfois physiques auprès des personnels de santé commis par des patients agités ou des proches angoissés.

Plaintes des soignants

Tout d'abord une déclaration sur le logiciel OSIRIS est faite afin de permettre la création d'une fiche de signalement national des agressions des personnels de santé. Cette déclaration est faite par le cadre de santé et est à destination de la cellule de

gestion des risques de l'hôpital puis est dirigée vers une cellule du Ministère de la Santé qui enregistre l'ensemble des faits de ce type sur le territoire afin d'en publier une cartographie annuelle.

De plus la cellule de crise alerte le responsable de la sécurité de l'hôpital afin que celui-ci, dans les cas de vols, de dégradations de biens et de violences, puisse aller porter plainte au commissariat de police au nom de l'institution hospitalière pour réparation des dommages.

Enfin l'encadrement essaie d'inciter l'agent victime de telles agressions d'aller porter plainte en son nom propre pour obtenir des dommages et intérêts pour atteinte d'un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions et en tant que simple citoyen.

Plaintes des patients

Concernant les plaintes provenant des patients une enquête in situ se déroule à chaque fois mais à des échelons divers.

Lors d'incident mineur, le cadre regarde le dossier du patient, convoque le ou les agents qui ont eu en charge le patient, et en fonction du préjudice adresse la victime auprès du service concerné (droits des patients, service juridique, direction hospitalière...).

Pour les plaintes ayant un risque fort de judiciarisation ou concernant la prise en charge médicale, le chef de service est immédiatement alerté et il convoquera après lecture du dossier les personnels mis en cause.

De plus en plus dans le monde hospitalier, véritable « condensé » d'une société en mal de vivre ou en difficulté, le personnel est soumis à des plaintes les mettant directement en cause sur la disparition de vestiaire, d'argent, mais hélas aussi, sont souvent pris pour cible par les patients.

De plus en plus de personnels de santé portent plainte pour les violences qu'ils subissent quasi quotidiennement et l'Institution a encore du mal à répondre promptement et avec efficacité à ce nouveau type de fléau cause de burn-out ou de démission.

Figure 1 : nombre de déclarations annuelles en médecine d'urgence (MACSF)

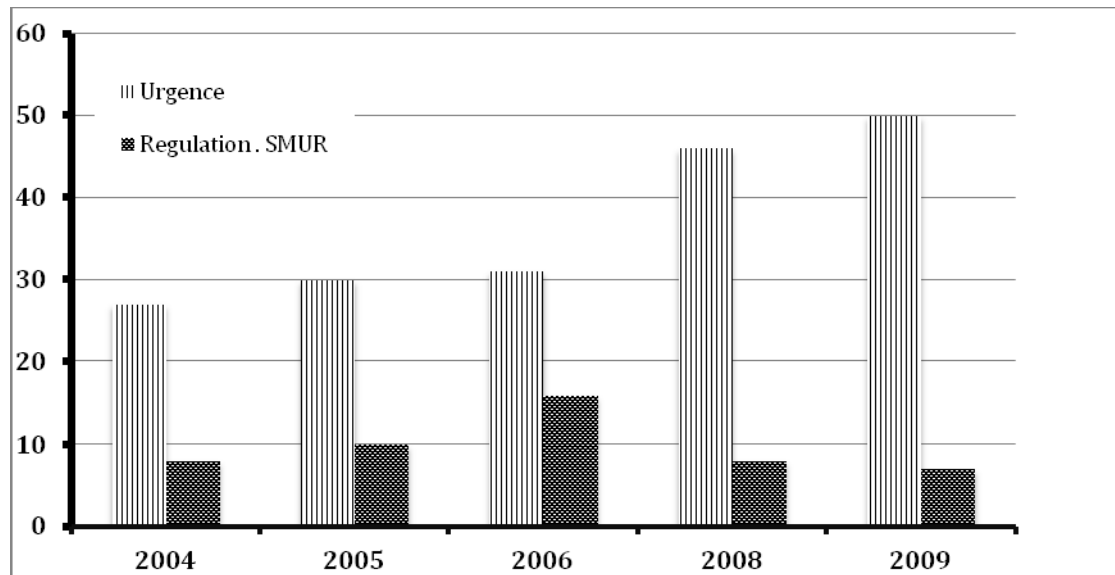


Tableau 1. Motifs de recours juridique en 2009 (d'après données MACSF)

CONDUITES DIAGNOSTIQUES (non-diagnostic, retard)		
	(n)	Préjudice
Traumatismes		
Retard au diagnostic	9	séquelles
Défaut de prise en charge	6	séquelles
Délégation	4	séquelles
Pathologie cardiovasculaire		
Infarctus du myocarde	3	Décès (2), AVC (1)
Accident vasculaire cérébral	2	Hémiplégie (1)
Horton	2	Retard
Péricardite	1	Décès
Hypocoagulation - AVK	1	Embolie pulmonaire
Syndrome infectieux		
Angine	1	Phlegmon, décès
Otite	1	Méningite, séquelles
Choc septique (urinaire)	2	Décès
Gastroentérite enfant	1	Décès
Infection postop rachis	1	?
Urgence abdominale		
Occlusion /Meckel enfant	1	Décès
Péritonite post colo	1	Choc septique
Volvulus / neuroleptiques	1	Décès
infarctus mésentérique	1	Décès
Appendicite	1	Décès
Infection liquide ascite	1	Décès
Hémopéritoine post-traumatique	1	Décès
État confusionnel, enfant 12 ans	1	Décès
REGULATION SAMU		
Envoi de moyens inadaptés		
Douleur thoracique (Infarctus ?)	1	Décès
Douleur thoracique (Dissection ?)	1	Décès
Conseil inadapté		
Douleur thoracique (Infarctus)	1	Retard à l'angioplastie
Douleur thoracique (Dissection ?)	1	Décès à j15
Choc septique postop (prostate)	1	Décès

REFERENCES

¹ Sicot C. Rapport du conseil médical sur les exercices 1993-1998 GAMM, AG 1994-1999 ; Concours médical éd. ; 1994-1999

² Sicot C. Rapport du conseil médical du Sou médical – Groupe MACSF sur l'exercice 2003. Responsabilité 2005 ; n° hors série mars 2005 :3-24.

³ Ludes B, Hauger S. Les responsabilités médicales dans les services d'urgence. Reanim Urgences 2000 ;9 :512-522.

⁴ Gerson C. Médecine d'urgence et manquement à l'obligation de moyens. Quotidien du médecin 17 mars 2000.

⁵ Gerson S. Un malaise vagal. Quotidien du Médecin, 25-10-2000

⁶ Gerson C, Bons-Letouzey C, Sicot C. La responsabilité médico-légale des médecins des Samu et des Smur. Reanim. Urgences 2000 ;9 :545-549.

⁷ Rey C, Chariot P. Information, consentement aux soins et refus de soins de l'adolescent aux urgences. Journées parisiennes de pédiatrie 1999. Ed Flammarion Médecine Sciences, pp.369-374.

⁸ Conseil d'Etat 16 août 2002.