

Traitement des réclamations : éléments de procédure

Direction des affaires juridiques - 2025

Remerciements

Le présent document a été élaboré par un groupe de travail constitué en juin 2021 à l'initiative de la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU). Il fait suite à une enquête réalisée au premier trimestre 2021 par plusieurs représentants des usagers sur le traitement des réclamations au sein de l'AP - HP.

L'objectif a été de doter notre Institution d'outils et de procédures formalisées, fondées sur les exigences réglementaires et sur celles de la certification, et construites notamment sur l'expérience des représentants des usagers, des directions qualité des hôpitaux et des chargés des relations avec les usagers (CRU), ainsi qu'au Siège, sur celle de la Direction des affaires juridiques (DAJ) et de la Direction « patient - qualité - affaires médicales » (DPQAM).

Ce groupe était composé de :

REPRESENTANTS DES USAGERS (RU)

Brigitte AGOSTINI (Conseil de Surveillance/Bicêtre) - Christine DELABARRIERE (Bretonneau) - Catherine DETILLEUX (Saint-Antoine) - Danièle DREVET (GHU Paris Centre) - Alain ELKOUBI (GHU Mondor) - Sidi-Mohammed GHADI (GHU Paris Sorbonne /Trousseau) - Danièle LE GOURRIEREC (GHU PSSD/Avicenne) - Bernadette LEGUAY (GHU Paris-Nord) - Dominique TARAVEL (GHU Paris-Saclay/Paul Brousse)

CHARGEES DES RELATIONS AVEC LES USAGERS (CRU)

Nathalie BONNET (Charles-Foix) - Florence CHAROLLE (Cochin) - Manel DJOUHRI (Raymond Poincaré) - Marie-Annick TRICOIRE (Pitié-Salpêtrière) - Martine TRINCALI (Saint-Louis)

DIRECTEURS QUALITE

Dr. Marie-Pierre DILLY (GHU Nord) - Paul REMOND (GHU Sorbonne) - Sandra FRITSCH (GHU Henri-Mondor) - Christophe FIGLAREK (GHU Centre)

MEDIATEUR MEDICAL

Pr. Jean-Luc DIEHL (HEGP)

DIRECTION PATIENT QUALITE AFFAIRES MEDICALES (DPQAM)

Christine GUERI - Marion LANLY - Dr. Christine MANGIN

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES (DAJ)

Marie-Charlotte DALLE - Marc DUPONT - Charlotte HEILBRUNN - Corinne LAMOUCHE - Sandrine GUY

Sommaire

AVANT PROPOS	7
DIX POINTS ESSENTIELS	11
PROCÉDURES	15
FAVORISER LES RECLAMATIONS	17
RECEPTION D'UNE RECLAMATION ORALE	17
RECEPTION D'UNE RECLAMATION ECRITE	18
L'ACCUSE DE RECEPTION.....	21
L'ENQUETE	22
LA RECLAMATION SIMPLE	24
LA RECLAMATION INDEMNITAIRE.....	28
LA RECLAMATION INDEMNITAIRE AVEC DEMANDE POUR PREJUDICE MATERIEL (MONTANT INFERIEUR A 4 500€).....	28
LA RECLAMATION INDEMNITAIRE POUR UN PREJUDICE MATERIEL (MONTANT SUPERIEUR A 4 500€)	30
LA CLOTURE DE LA RECLAMATION	30
LES ELOGES.....	31
LES ACTIONS CORRECTIVES	31
TRAÇABILITE ET SUIVI	32
L'EXAMEN COLLEGIAL DES RECLAMATIONS - LA REVUE DES RECLAMATIONS	34
LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)	35
L'INTERVENTION D'UN MEDIATEUR	37
RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE.....	40
MISE EN RELATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES RECLAMATIONS	41
GESTION DES RECLAMATIONS ET PROGRAMME QUALITE ET SECURITE DES SOINS	44
L'EVALUATION	44
EN CAS DE RECLAMATION « INDEMNITAIRE » POUR PREJUDICE CORPOREL	45
LA REPARATION INDEMNITAIRE - PREJUDICE CORPOREL : GESTION ET REPARATION DES ACCIDENTS MEDICAUX	47
RÉPONDRE À UNE RÉCLAMATION	55
PRENDRE EN COMPTE LE POINT DE VUE DE L'USAGER	57
SOIGNER LA FORME	62
EXPLIQUER ET ARGUMENTER	65
LES INTERVENANTS	71
L'USAGER.....	73
LE DIRECTEUR DU GHU OU DU SITE	73
LE CHARGE DES RELATIONS AVEC LES USAGERS (CRU).....	73
LE DIRECTEUR MEDICAL DE DMU, LE CHEF DE SERVICE, LE CADRE PARAMEDICAL ET LE CADRE ADMINISTRATIF DE DMU, LE CADRE DE SANTE DU SERVICE, LES DIRECTEURS REFERENTS.....	74
LES MEMBRES DE LA CDU	74
LES MEDIATEURS MEDICAUX ET NON MEDICAUX	75
LES REPRESENTANTS DES USAGERS	76
LE COORDONNATEUR DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS.....	77
GLOSSAIRE	79
RECLAMATION.....	81
EVENEMENT INDESIRABLE	82
PERTE, VOL OU DETERIORATION D'UN OBJET PERSONNEL.....	82
ANNEXES	83
LES TEXTES DE REFERENCE	87
ARTICLE 124 DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'AP-HP : « RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS »	93
LETTRES TYPES.....	95
AFFICHE : « INTERLOCUTEURS A VOTRE ECOUTE »	111

AVANT PROPOS

Les hôpitaux et leurs services reçoivent régulièrement des réclamations qui leur sont adressées par les patients, leurs familles ou des proches. Ils reçoivent également des éloges.

Les usagers de l'hôpital font connaître par leurs réclamations et leurs éloges leur appréciation sur la qualité du service rendu par l'hôpital, qu'il s'agisse des soins ou d'autres éléments de la prise en charge.

Par leurs réclamations, ils attirent l'attention sur leurs déconvenues ou des éléments du fonctionnement de l'établissement qui leur paraissent critiquables : la qualité de la prise en charge, des comportements individuels, le fonctionnement d'une équipe, une facturation, les difficultés à prendre rendez-vous, entre autres, et plus généralement les organisations et prestations hospitalières.

Pour l'hôpital, une priorité doit être de les traiter avec diligence, c'est-à-dire d'y répondre et d'apporter des explications aux réclamants ainsi que des solutions concrètes aux difficultés dont elles témoignent. Ceci avec réactivité et professionnalisme. Et dans une organisation préétablie et transparente.

Personne ne reçoit avec plaisir des réclamations. Mais pour autant, elles doivent être reçues de façon positive. Au-delà du traitement individuel immédiat, les réclamations adressées aux hôpitaux par leurs usagers sont des documents précieux pour l'amélioration de la qualité de nos établissements. Elles sont complémentaires d'autres outils mis en place (les enquêtes de satisfaction et questionnaires de sortie, les résultats de la procédure de certification notamment). Elles permettent de :

- recueillir des informations précieuses pour identifier les dysfonctionnements, mettre en œuvre des actions correctives et améliorer les pratiques professionnelles,
- « fidéliser » les patients, ceci pris non dans son sens commercial, mais dans celui de construire une relation de confiance durable avec les usagers concernés, nécessaire à des soins de qualité et à leur continuité. Un traitement adéquat des réclamations permet d'associer les usagers à l'amélioration du service. Il favorisera le dialogue avec le réclamant et contribuera à une image positive de l'établissement, en attestant de sa volonté de réduire ses défaillances et insuffisances.

Les réclamations ne sont souvent l'expression que d'une petite minorité d'usagers, car même insatisfaits, peu réclament. Les sciences de la gestion enseignent que pour une réclamation écrite, neuf restent non exprimées, d'où la formule « Réclamons des réclamations ! »¹. Elles ne peuvent a priori prétendre refléter l'exact niveau de satisfaction des usagers. Elles peuvent n'être « qu'une partie émergée de l'iceberg » ou présenter au contraire un caractère vraiment exceptionnel, non représentatif. Mais leur intérêt est dans tous les cas majeur pour nos hôpitaux, afin de mettre fin à des anomalies, ajuster les organisations et les comportements et en corriger les faiblesses et insuffisances, qu'elles soient chroniques ou ponctuelles. L'objectif doit être de traiter toutes les réclamations, y compris orales, y compris celles qui envoient des « signaux faibles ».

Les usagers qui se plaignent ne le font pas à la légère. Ils prennent la peine d'écrire ou le cas échéant de se déplacer auprès de l'administration hospitalière. Ils expriment leur détermination à ne pas subir des dysfonctionnements. Ils témoignent souvent aussi de leur confiance dans une amélioration de nos hôpitaux : ils ont à cœur de faire connaître leur déception sous forme de témoignage ou d'interrogation ; et d'œuvrer ainsi à ce que les services offerts soient à l'avenir plus adaptés à leurs demandes ou à celle des autres patients.

Leur démarche appelle une véritable écoute et des explications loyales, prenant la mesure du désappointement, de la colère, voire du désarroi qu'elle exprime. Réclamer n'est pas faire preuve d'ingratitude ou d'un comportement consumériste. A l'hôpital, l'insatisfaction, qui touche l'état de santé et l'intimité des personnes, est souvent perçue de façon bien plus aiguë que dans tout autre secteur de services.

¹ Ph. Détrie, *Les réclamations clients*, éd. Eyrolles, 3^{ème} éd., P37

Les réclamations montrent souvent l'importance des facteurs relationnels dans l'appréciation de la qualité des prestations hospitalières : la sollicitude, la patience, la politesse, le soin à informer avec les mots adaptés et au niveau d'information souhaité, le respect de la confidentialité sont essentiels pour le patient hospitalisé ou venu consulter, placé foncièrement en situation de vulnérabilité. Ils comptent souvent autant, voire davantage, que la qualité strictement technique des soins. L'attitude des personnels et la qualité des relations humaines tiennent une place essentielle dans le jugement porté par les usagers de l'hôpital.

Pour répondre avec les mots et le tact appropriés aux réclamations, un certain nombre de principes doivent demeurer en mémoire. De manière générale, on considérera que les usagers souhaitent :

- être bien accueillis et informés, également dans les circonstances d'une réclamation,
- avoir affaire à un interlocuteur qualifié,
- être considérés dans leur individualité,
- pouvoir être en mesure de s'expliquer et d'être entendus,
- que l'on ne mette pas en doute leur bonne foi,
- que l'on fasse preuve d'empathie à leur égard,
- que l'on fasse l'effort de s'exprimer dans leur langage,
- être rassurés,
- être compris,
- recevoir des excuses, lorsqu'elles sont justifiées,
- que les négligences, les erreurs et les fautes soient reconnues et si besoin sanctionnées.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Enfin, les réclamations à l'hôpital sont susceptibles de porter sur des aspects très distincts du service, tant sont diverses les activités hospitalières : l'abondance des critères de qualité énoncés par le *Manuel de certification des établissements de santé*² témoigne que le fonctionnement satisfaisant d'un hôpital repose sur un grand nombre de procédures et d'actes professionnels, dont le résultat attendu ne correspond pas à celui attendu par le patient, qui génèrent de l'insatisfaction : prestations hôtelières, actes de soins, actes du plateau médico-technique, modalités de l'information donnée au patient, organisation de la continuité des soins, accompagnement des familles, etc.

En cas de mécontentement, l'attitude des équipes hospitalières, médicales et administratives, sera déterminante pour apaiser le patient et ses proches : il leur reviendra d'écouter l'utilisateur, de circonscrire les raisons de son insatisfaction, d'apporter une réponse active et concrète et de l'assister avec bienveillance s'il a subi un préjudice.

« Favoriser la libre expression des usagers peut aboutir à une augmentation du nombre de plaintes et de réclamations, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau des services. Cela ne signifie pas pour autant que les raisons d'être mécontent sont plus nombreuses ou que la qualité de la prise en charge se dégrade, mais que les usagers sont mieux informés sur les possibilités d'exprimer leurs griefs. Ils s'autorisent davantage à le faire du fait de la reconnaissance accrue de leurs droits et du rééquilibrage des relations entre établissements de santé et usagers, et sont – ou se sentent – mieux entendus.

Cette augmentation des plaintes et des réclamations peut être déstabilisante pour les professionnels qui peuvent les prendre comme une critique du fonctionnement de leur établissement, voire comme une mise en cause de leurs pratiques. Elle peut aussi être vue comme autant d'opportunités pour améliorer la qualité de la prise en charge des usagers, grâce à la richesse des informations qu'elles contiennent.

(Les professionnels sont invités à une transformation de leur regard) : ne plus percevoir les plaintes et les réclamations sous l'angle des critiques qu'elles contiennent, suscitant réactions de défense et justifications, mais bien plutôt comme des outils permettant une meilleure connaissance du fonctionnement de l'établissement (points faibles et points forts) et ce faisant, les considérer comme facteur de progression ».

(Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers*, 2007, p. 5).

² HAS, Manuel de certification des établissements de santé, 2021

DIX POINTS ESSENTIELS

Dix points essentiels

1 Tout usager de l'AP-HP du GHU - ou son représentant légal ou en cas de décès l'un de ses ayants droit - doit pouvoir sans difficulté faire part de ses observations ou formuler une réclamation. Il peut y procéder par tout moyen, oral ou écrit, courrier papier ou courriel, télécopie ou autre, auprès d'un responsable hospitalier.

L'usager sera invité le cas échéant à formuler une réclamation auprès du directeur de l'hôpital, garant du bon traitement des réclamations par l'établissement.

Répondre correctement aux réclamations et à toutes les réclamations, est une obligation collective de la communauté hospitalière, une preuve minimale de courtoisie et un élément essentiel de la politique qualité.

2 L'organisation du traitement des réclamations est formalisée pour chaque site et dans chaque GHU. Elle est portée à la connaissance des usagers et des professionnels par voie d'affiche dans les services. Cette dernière mentionne les coordonnées des personnes intervenant dans ce traitement et de la commission des usagers (CDU).

Au sein de la direction Qualité du GHU, le chargé des relations avec les usagers (CRU) reçoit les réclamations et est à la disposition des réclamants pour leur apporter les réponses et explications appropriées. Toute réclamation donne lieu à l'envoi au réclamant d'un accusé réception par retour de courrier/courriel. L'objectif doit être d'accuser réception sous 48 heures.

Le CRU organise la revue et le traitement des réclamations en lien étroit avec les représentants des usagers du site.

3 Une enquête est engagée dans les meilleurs délais auprès des services concernés par la réclamation afin de la documenter. La réponse du ou des services doit être effectuée dans les 15 jours, l'objectif étant de répondre au réclamant au plus tard dans le délai d'un mois.

4 A l'exception des réclamations portant sur la prise en charge médicale ou soignante, pour lesquelles la réponse directe par le chef de service doit toujours être privilégiée, la réponse faite au réclamant est effectuée par la direction du site ou du GHU.

Cette centralisation du traitement des réclamations permet à la CDU de jouer pleinement son rôle : elle est garante de la cohérence du traitement dans tous les services, de la bonne identification des dysfonctionnements et du suivi des actions correctrices.

5 Le réclamant est systématiquement informé de la possibilité qui lui est offerte de **saisir un médiateur** et qu'il peut se faire accompagner pour la rencontre avec le médiateur d'un représentant des usagers membre de la CDU. Dans chaque hôpital, un médiateur médecin est compétent pour connaître des réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service et un médiateur non médecin est compétent pour connaître des réclamations étrangères à ces questions. Si une réclamation entre dans le champ des deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le directeur ou par l'auteur de la réclamation, rencontre ce dernier ainsi que le ou les agents concernés par le litige. Sauf refus ou impossibilité de la part du réclamant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu aux participants de la médiation, puis après validation, au président de la CDU. Ce dernier le transmet au CRU sans délai, accompagné de la réclamation (anonymisée ou non), pour les adresser aux membres de la CDU.

6 La **commission des usagers (CDU)** est informée, pour le ou les sites hospitaliers auxquels elle est rattachée, de l'ensemble des réclamations formées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données : les réponses qui y sont apportées par les responsables du GHU sont tenues à la disposition de ses membres.

Les membres de la CDU ont accès aux données médicales relatives à ces réclamations, sous réserve de la non-opposition sous quinze jours de la personne concernée, de ses représentants légaux ou de ses ayants droit si elle est décédée.

Les membres de la CDU sont informés, sous forme anonymisée, des événements indésirables graves (EIG) survenus sur le site ou dans le GHU ainsi que des actions menées par le GHU afin d'y remédier.

7 L'examen des réclamations en CDU doit permettre d'identifier et d'organiser **les actions correctives nécessaires**. La direction veille à la mise en œuvre de ces actions correctives. Elle en rend compte à la CDU.

8 Les **réclamations indemnitaires, lorsqu'elles ne sont pas liées à un préjudice corporel et portent sur une réparation matérielle inférieure à 4 500 euros** (réclamations faisant notamment suite à des pertes, vols et détériorations d'effets personnels ou de prothèses : auditives, dentaires, lunettes), relèvent d'une procédure comparable à celle des réclamations simples. Elles sont traitées directement par le GHU.

Dans cette hypothèse, l'accusé de réception doit préciser les modalités de prise en charge de la réparation. En cas de demande de réparation formulée par un tiers, il sera précisé qu'une seule demande peut être formulée (hypothèse de demandes parallèles de parents, d'ayants droit par exemple). La réclamation doit en principe être rédigée par la victime qui seule peut prétendre à la réparation. Des justificatifs d'achat doivent être présentés ; un taux de vétusté est le cas échéant appliqué.

Les réclamations indemnitaires portant sur une réparation matérielle supérieure à 4 500 euros sont gérées par la DAJ.

9 S'agissant des **réclamations indemnitaires liées à un préjudice corporel**, l'utilisateur dispose de **plusieurs voies de recours**, étant précisé que dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité de l'AP-HP se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage :

- S'il souhaite adresser une **demande préalable indemnitaire**, il doit y procéder auprès de la DAJ (*Département de la médiation et de la responsabilité hospitalière et du contentieux des séjours*). Au vu des conclusions de l'expertise amiable conduite par un de ses médecins-conseils, la DAJ adressera au requérant une lettre recommandée avec accusé de réception reconnaissant ou non la responsabilité de l'AP-HP. En cas de responsabilité de l'AP-HP, elle proposera un protocole transactionnel d'indemnisation.

- Il peut également saisir la **Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important** (le seuil de gravité est fixé par décret). Si ce seuil est atteint, la CCI diligentera une expertise médicale et émettra un avis dans un délai de 6 mois sur les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, ainsi que son appréciation sur une indemnisation éventuelle au titre des responsabilités encourues ou de la solidarité nationale, respectivement par l'AP-HP ou par l'ONIAM.

Quand bien même le seuil de recevabilité indiqué plus haut ne serait pas atteint, l'utilisateur peut également saisir la CCI d'une demande de conciliation.

- Il peut exercer un **recours devant le tribunal administratif** territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit cependant formuler une demande d'indemnisation amiable auprès de l'AP-HP (DAJ) pour réparation de préjudice. L'utilisateur peut également saisir directement la juridiction administrative pour solliciter une expertise judiciaire (requête en référé-expertise).

10 Le traitement des réclamations donne lieu à un **suivi statistique**, par site et par GHU, cohérent avec les grilles statistiques retenues par l'ARS. Il inclut un suivi des délais de réponse aux réclamations.

Les données figurent dans le rapport annuel de la CDU, qui comprend une synthèse des réclamations adressées par l'établissement au cours des 12 mois précédents.

PROCÉDURES

FAVORISER LES RECLAMATIONS

Il est important de donner aux usagers insatisfaits les moyens de faire connaître leur mécontentement : les usagers doivent savoir comment réclamer³.

Plusieurs moyens existent :

- L'utilisateur doit pouvoir réclamer spontanément auprès de tout responsable hospitalier et sa réclamation être prise en compte : il importe pour cela d'y préparer et d'en instruire les agents au contact, aux différents échelons de l'hôpital.
- Il doit avoir rapidement un interlocuteur clairement identifié.
- Des facilités de contact doivent être organisées : numéro de téléphone et adresse mail, affiche d'information dans les services (v. annexe); coordonnées des intervenants du dispositif mentionnées systématiquement en marge des courriers; présentation de ces intervenants (directeur et chargé des relations avec les usagers, représentants des usagers, CDU, DAJ, etc.) et de leurs compétences dans les correspondances (v. lettres-type en annexe). Ces informations sont également mentionnées sur le site internet de l'AP-HP et sur le site internet de l'établissement.
- La réclamation peut être effectuée directement sur le site de l'AP-HP ou du site hospitalier concerné, par voie électronique (« Contact »).
- L'affiche « *Des interlocuteurs à votre écoute* » est présente dans toutes les chambres et les locaux de consultations externes

RECEPTION D'UNE RECLAMATION ORALE

« Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement »⁴.

Le code de la santé publique prévoit en première intention que l'utilisateur doit pouvoir faire connaître oralement son mécontentement et ses « griefs » auprès des responsables des services.

Sont principalement concernés :

- **Au sein des services médicaux et médico-techniques** : le responsable d'unité fonctionnelle, le chef de service, le directeur médical de département médico-universitaire (DMU), les cadres de santé,
- **Au sein des services administratifs, logistiques et autres** : les membres de l'équipe de direction et les responsables des services administratifs et logistiques (admissions-frais de séjour, par exemple)
- **Ou directement le chargé des relations avec les usagers (CRU)**, porte d'entrée « généraliste » de la réception des réclamations.

La possibilité d'une expression orale induit que ces responsables se rendent aisément disponibles et puissent être soit rencontrés soit joints par téléphone pour prendre connaissance des motifs de la réclamation et en parler directement avec l'utilisateur. On rappellera ici les dispositions du code des relations entre le public et l'administration⁵ stipulant que tout usager « *a le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse*

³ HAS, Manuel de certification des établissements de santé, critère 1.1-17 : « Le patient est invité à faire part de son expérience et d'exprimer sa satisfaction », « Le patient est informé des modalités pour soumettre une réclamation durant et après son séjour ».

⁴ Art. R. 1112-91, CSP

⁵ Art. L. 111-2, CRPA

administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui la concerne », sauf cas particuliers justifiant l'anonymat : motif de sécurité publique ou de sécurité des personnes⁶. L'interlocuteur du réclamant doit pouvoir être clairement identifié par le réclamant.

Et les fonctionnaires sont tenus par leur statut de satisfaire aux demandes d'information disponible⁷.

L'échange doit être effectué dans un lieu approprié et si besoin avec l'aide d'un interprète. Le chargé des relations avec les usagers disposera de locaux adaptés à un accueil immédiat dans un lieu particulièrement accessible au sein de l'hôpital, y compris pour les personnes à mobilité réduite, bien signalé et comprenant l'espace et les éléments de confort favorables à un échange dans de bonnes conditions.

Une réclamation reçue oralement doit être retranscrite par écrit, de façon claire et synthétique afin d'être aisément appréhendée par les membres de la CDU, sur un registre ou tout support comparable. Si les circonstances s'y prêtent, il sera proposé au réclamant de l'écrire lui-même, « avec ses mots », afin d'éviter une retranscription qui sera jugée infidèle.

En cas de réception d'une réclamation par téléphone, une réponse satisfaisante lui sera le cas échéant apportée directement. On conseillera au plaignant d'adresser sa requête par écrit afin qu'elle fasse l'objet d'un traitement formalisé.

Réceptionnée par un service de l'hôpital, la réclamation orale doit être portée à la connaissance du chargé des relations avec les usagers (CRU). Elle doit être enregistrée au même titre qu'une réclamation écrite : une réclamation en face à face ou par téléphone ne présente pas moins d'intérêt ou d'importance parce qu'elle est spontanée et non formalisée par l'utilisateur.

Le représentant des usagers peut témoigner du mécontentement exprimé oralement auprès de lui par un usager qui en fait son intermédiaire.

RECEPTION D'UNE RECLAMATION ECRITE

« En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, (l'utilisateur) est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai »⁸.

En principe (mais l'utilisateur fait comme il l'entend...), l'échange oral est une étape préalable qui doit être privilégiée. Elle permet de prendre directement connaissance des difficultés rencontrées par l'utilisateur et de lui apporter une réponse immédiate, si possible, ou un début de réponse.

La réclamation écrite présente en revanche l'intérêt de permettre à l'utilisateur de mettre à plat ses griefs, « à froid », dans un contexte plus posé.

Lorsque l'expression orale des griefs ou que les explications reçues par l'utilisateur ne le satisfont pas, il doit être informé de la faculté dont il dispose :

- Soit d'adresser lui-même une réclamation écrite au directeur de l'établissement (directeur de site ou directeur du GHU), sous la forme d'un courrier papier ou d'un courriel ;

⁶ La Charte Marianne (sept. 2016) prévoit que « L'agent s'identifie par son service, et si possible (hors situation justifiant l'anonymat), par son prénom et/ou nom : par exemple badge, cavalier, carte de visite, identification des bureaux) (engagement n° 4).

⁷ Art. 27 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

⁸ Art. R. 1112-91, CSP

- Soit de voir sa réclamation consignée par écrit, sur tout support (papier ou numérique) permettant la remise d'une copie au patient par exemple sur un formulaire-type.

Dans la seconde hypothèse, qui est celle où l'utilisateur, pour telle ou telle raison (illettrisme, patient non francophone, etc.), ne peut rédiger lui-même la réclamation, le personnel en contact doit la consigner par écrit. Une copie du document ainsi établi doit être remise au réclamant par l'hôpital⁹. On s'aidera des services d'un traducteur en tant que de besoin.

On précisera au réclamant qu'il doit adresser sa réclamation au directeur, ainsi que le prévoit la réglementation¹⁰.

Là encore, l'utilisateur fera comme il l'entend... (rien ne l'empêchera d'adresser sa réclamation directement au service, au DMU, au CRU ou à la CDU...), mais cette orientation systématique vers le directeur de l'hôpital doit être fortement recommandée.

De la même façon, on fera converger vers la direction de l'hôpital les réclamations parvenues par différents intermédiaires : par un service, par le Siège de l'AP-HP, une autorité administrative (Ministère, ARS, Défenseur des droits, etc.), une association de patients, un représentant des usagers¹¹ ou encore par l'envoi du questionnaire de satisfaction¹² comprenant les éléments d'une véritable réclamation.

Leur traitement doit être identique et effectué par l'hôpital avec le même soin.

On distinguera plusieurs hypothèses :

- **La réclamation est adressée au directeur ou au chargé des relations avec les usagers (CRU)**

Il s'agit donc du circuit normal : les réclamations écrites doivent être adressées en principe au directeur de l'établissement, qui les transmet sans délai au directeur qualité/chargé des relations avec les usagers.

Cette centralisation des réclamations permet en effet de gérer en cohérence les réclamations, d'en partager la connaissance et d'en garantir un traitement exhaustif et systématique sur l'ensemble de l'établissement.

Il revient au chargé des relations avec les usagers (CRU) de veiller à cette centralisation des réclamations, quelle qu'en soit leur nature et de les traiter. Le CRU documente à la suite chaque réclamation, organise la réponse au réclamant et en rend compte au directeur Qualité et si besoin au directeur de site ou de GHU.

Les réclamations sont enregistrées et classées, en vue notamment de leur présentation en commission des usagers (CDU) et des bilans annuels de cette commission.

- **La réclamation porte sur la prise en charge médicale et est adressée directement au service**

Dans cette hypothèse, la réponse directe par le chef de service doit être privilégiée.

Il est important que le chef de service puisse apporter lui-même les éléments d'explication nécessaires au réclamant dans des termes médicaux qu'il aura validés et qu'il puisse si besoin organiser directement des actions correctives découlant du management de son service.

On retiendra comme délai maximal une réponse dans le délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation. Si la réponse ne peut être immédiate, un accusé de réception doit être adressé à l'utilisateur depuis le service.

Une copie des réclamations traitées directement par les services et des réponses qui leur sont apportées est systématiquement transmise au CRU, au directeur qualité et portée à la connaissance de la CDU, selon un rythme à déterminer au sein du GHU.

⁹ Id.

¹⁰ Art. R. 1112-91, CSP

¹¹ Qui pourra être notamment le représentant des usagers dont le nom et les coordonnées sont affichés dans le service.

¹² Art. R. 1112-67, CSP

Ceci s'appliquera sans restriction aux réclamations adressées personnellement à un professionnel, y compris s'il s'agit du responsable du service ou de l'unité fonctionnelle. Un principe est que la connaissance et l'analyse des dysfonctionnements ne doivent pas demeurer circonscrits aux services et échapper à l'information de la direction de l'établissement.

- **La réclamation ne porte pas sur la prise en charge médicale et est adressée à un service ou à une direction fonctionnelle**

Dans le cas où le courrier est remis directement à un professionnel de l'hôpital et à un service ou une direction fonctionnelle et ne porte pas sur une prise en charge médicale (v. ci-dessus), ceux-ci doivent le transmettre au chargé des relations avec les usagers dans les plus brefs délais. Celui-ci déterminera la meilleure forme de traitement de la réclamation et le signataire le plus approprié pour y répondre.

Comme indiqué ci-dessus, la connaissance et l'analyse des dysfonctionnements ne doivent pas demeurer circonscrits aux services et échapper à l'information de la direction de l'établissement, celle-ci étant garante de leur traitement approprié. Il est important que le professionnel, le service ou l'unité qui a suscité ou qui fait l'objet de la réclamation ne soit pas laissé à sa propre responsabilité pour y répondre, sans un regard extérieur ou hiérarchique.

Lorsque la réponse au réclamant est effectuée par la direction de l'hôpital, le service ou la direction fonctionnelle doit en recevoir copie.

- **La réclamation est adressée à un représentant des usagers**

Dans cette hypothèse, le représentant des usagers doit transmettre la réclamation au chargé des relations avec les usagers.

- **La réclamation est adressée à la Direction des affaires juridiques (DAJ)**

Trois situations doivent être distinguées :

- S'il s'agit d'une réclamation non-contentieuse, la DAJ la transmettra au chargé des relations avec les usagers du GHU concerné qui procédera à son traitement ;
- S'il s'agit d'une réclamation non-contentieuse concernant plusieurs GHU voire toute l'Institution (dysfonctionnement ou anomalie commune à l'ensemble de l'AP-HP), la DAJ la documentera avec le concours si besoin des CRU/directions qualité concernés et des directions fonctionnelles et répondra directement ;
- S'il s'agit d'une réclamation pré-contentieuse formulant une demande indemnitaire, elle l'adressera pour information au chargé des relations avec les usagers concernés et lui demandera des informations afin de pouvoir la traiter.

- **La réclamation a été initialement adressée à une autorité administrative extérieure**

Parce qu'il est peu confiant dans la capacité de l'hôpital de répondre correctement, ou qu'il considère du rôle des autorités de tutelle, d'une autre autorité administrative, d'un élu (Ministère, ARS, Défenseur des droits, parlementaire, etc.) d'être informés d'un dysfonctionnement et de le soutenir dans le traitement de la réclamation, l'utilisateur mécontent peut avoir adressé à l'un de ces derniers ou à plusieurs d'entre eux la réclamation, ceux-ci la transmettant à l'AP-HP « pour attribution et suite à donner ».

Il revient dans ce cas au directeur ou au chargé des relations avec les usagers de la traiter selon les procédures ordinaires, en prenant en compte que ce circuit administratif en plusieurs étapes a forcément retardé l'envoi d'une réponse et nécessite de ce fait un effort supplémentaire de réactivité.

Ceci sous réserve que l'autorité administrative saisie n'ait pas fait connaître qu'elle souhaite elle-même répondre au réclamant, auquel cas les explications, éléments de réponse et indications sur les actions correctives lui seront directement adressés dans les meilleurs délais.

- **La réclamation a été mal dirigée par l'utilisateur**

Il s'agit de l'hypothèse où l'utilisateur adresse par erreur :

- à un hôpital de l'AP-HP une réclamation qui relève en réalité d'un service, organisme ou établissement hors AP-HP ou d'un autre GHU ou hôpital de l'AP-HP ;
- à un autre établissement de santé une réclamation qui concerne en réalité l'AP-HP.

Dans le premier cas, il revient au chargé des relations avec les usagers de transmettre le courrier de réclamation au service, organisme, établissement ou GHU réellement concerné. L'utilisateur doit être parallèlement informé de cette transmission¹³. Ceci dans les meilleurs délais.

Dans le second cas, on accusera réception de la réclamation auprès de l'établissement qui l'a transmis, une fois validé le fait qu'elle concerne bien un hôpital de l'AP-HP, en précisant que l'AP-HP se charge donc de son traitement. Et on accusera également réception auprès de l'utilisateur.

L'ACCUSE DE RECEPTION

Il s'agit d'un élément de procédure essentiel et indispensable. Il est en principe rédigé et adressé au réclamant par le chargé des relations avec les usagers, chaque fois que la réclamation ne peut trouver réponse orale immédiate.

L'accusé de réception, par courrier simple en principe, informe le réclamant de la prise en compte de sa demande et de la communication de celle-ci aux services et professionnels concernés. Sauf pour le cas où l'objet de la réclamation peut être immédiatement résolu, il doit mentionner :

- la faculté pour le réclamant de demander l'intervention d'un médiateur,
- la faculté pour le réclamant de se faire alors assister par un représentant des usagers,
- le fait que sa réclamation sera présentée en commission des usagers (CDU).

L'accusé doit porter mention des coordonnées du CRU (mail, téléphone) et des représentants des usagers (mail et, si le RU en est d'accord, téléphone). L'accusé de réception précisera le cas échéant les coordonnées du médiateur médical ou non médical, selon le ou les motifs de la réclamation ; il indiquera les modalités pour prendre rendez-vous avec un médiateur.

On prendra pour objectif de l'adresser **sous 48 heures**, de préférence par courriel lorsque le réclamant a laissé une adresse mail ou lorsqu'il a réclamé via un courriel.

Attention :

- *En cas de réclamation grave.* Dans l'hypothèse où la réclamation présente une gravité manifeste, son traitement doit être adapté à l'urgence : par exemple par un contact téléphonique et un courriel immédiat, ou une proposition de rencontre à bref délai. Un point doit être rapidement effectué avec le service concerné.
- *Réclamation formulée par des proches.* Lorsque la réclamation est adressée par la famille, l'entourage ou des proches et porte sur des doléances d'ordre médical, un accusé de réception leur sera adressé en précisant que la réponse circonstanciée sera directement adressée au patient. La réclamation adressée par des tiers ne permet pas de déroger aux obligations du secret professionnel et médical. Dans ces circonstances, toutes dispositions doivent être néanmoins prises pour apporter les explications et informations qu'ils peuvent légitimement attendre, mais sans porter atteinte au respect de la vie privée du patient. Le

¹³ Art. L. 114-2 du code des relations entre le public et l'administration : « Lorsqu'une demande est adressée à une administration incompétente, cette dernière la transmet à l'administration compétente et en avise l'intéressé ».

même souci de dialogue doit prévaloir s'agissant d'un patient ne disposant pas ou plus, pour tout ou partie, de ses facultés cognitives.

- Lorsque la réclamation comprend des données médicales sur le patient (par exemple : pathologie, indications sur le traitement, examen spécifique ou dénomination d'unité médicale ou autre indice renvoyant très probablement à une pathologie donnée), il est nécessaire de s'enquérir de son absence d'opposition¹⁴ à ce que ces données, qui sont rapportées à son nom, soient partagées avec les membres de la CDU.

L'accusé réception prévoira dans cette hypothèse la mention suivante :

« Conformément à la loi, une commission des usagers est informée au sein de notre hôpital de toutes les plaintes et réclamations adressées par les usagers. Elle les examine systématiquement.

Cette commission est composée du directeur de l'hôpital, de deux médiateurs et de deux représentants des usagers, et de leurs suppléants (et...). Ils sont tous tenus par le secret professionnel.

Vous pouvez néanmoins souhaiter que votre réclamation ne soit pas connue des membres de la commission. Pouvez-vous nous le faire savoir sous huit jours par le moyen de votre choix : courrier (adresse), courriel (adresse), téléphone (numéro) ? ».

Le chargé de relations avec les usagers ne transmettra pas à la CDU et à ses membres de réclamation qui n'ait été préalablement anonymisée dans les huit jours qui suivent l'envoi de l'accusé de réception ; et ceci tant qu'il n'aura pas reçu de retour positif du réclamant.

A l'issue d'un délai de quinze jours après l'envoi de l'accusé de réception, on considérera que le réclamant ne s'oppose pas et la réclamation pourra être adressée aux membres de la CDU dans son texte intégral.

Au cas où le réclamant ferait connaître son opposition à une transmission aux membres de la CDU de sa réclamation permettant de l'identifier, celle-ci ne pourra leur être transmise que sous forme anonyme, c'est-à-dire qu'après avoir occulté les mentions directement ou indirectement identifiantes.

- **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)**

Le RGPD est entré en application le 25 mai 2018. Il encadre le traitement des données personnelles sur le territoire de l'Union européenne et de façon égale pour tous les ressortissants de l'Union de l'UE. Il a institué un cadre légal du traitement des données personnelles simplifié et allégé et une responsabilité accrue de la part des établissements et entreprises s'agissant de la sécurité de ces données personnelles.

L'accusé réception devra comporter une mention sur le RGPD :

« Conformément au règlement général sur la protection des données, nous vous informons que vos données personnelles contenues dans votre réclamation seront traitées par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel, sauf opposition de votre part »

L'ENQUETE

L'enquête doit permettre de reconstituer les faits à l'origine de la réclamation. Elle est organisée à l'initiative du directeur ou du directeur qualité/chargé des relations avec les usagers, parallèlement à l'envoi de l'accusé de réception.

¹⁴ La loi prévoit que « (la CDU) est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. « Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée » (art. L. 1112-3, CSP).

Elle consiste à demander au responsable du service concerné (ou le cas échéant aux responsables de différents services) une description précise des faits contestés, la plus objective possible, complétée de leurs explications et de leur interprétation des faits contestés.

Lorsque les réclamations portent sur la prise en charge médicale, l'échelon à privilégier pour réunir les éléments de réponse est celui du service, plutôt que celui de l'unité fonctionnelle ou du département médico-universitaire (DMU). Ceci sans bien entendu exclure les unités fonctionnelles et les DMU de leur implication nécessaire dans le traitement des réclamations les concernant.

Délai de réponse :

On prendra en référence un **délai maximal de 15 jours** pour le retour à la direction de l'hôpital des éléments de réponse. Le délai de réponse à l'utilisateur ne doit pas en effet excéder un mois à compter de la date à laquelle il a adressé le courrier.

Certaines situations peuvent justifier un délai plus long : litige complexe ; responsable du service médical en congés... Il est conseillé dans ce cas d'adresser un courrier d'attente au patient, de préférence par voie électronique.

Exemple :

*« Ainsi que je vous l'ai indiqué par mon courrier du ... d'accusé réception, votre lettre de réclamation du... est en cours d'examen.
L'enquête prend un peu plus de temps que ce que nous avons initialement prévu, et je souhaite vous en prévenir, mais nous répondrons dès que possible ».*

Eléments de réponse :

Les courriers de réclamation comportent souvent plusieurs griefs d'importance inégale, mais pour chacun desquels le patient demande une réponse précise. Une seconde réclamation visant à obtenir des explications sur un point qui n'a pas donné lieu à réponse doit autant que possible être évitée...

Aussi est-il conseillé, afin de pouvoir documenter la réclamation de façon exhaustive, d'énumérer dans les courriers de demande d'explications adressés aux responsables de service, les différents points de la réclamation qui nécessitent d'être éclaircis.

Exemple :

« Je vous demande de bien vouloir me préciser vos observations sur les points suivants évoqués par M. (X) :

- l'attente prolongée de M. (X) aux urgences le 8 mars au matin, malgré sa douleur importante ;*
- la présence dans le service de personnes « en blouses blanches » qui se seraient refusées à donner le moindre renseignement ;*
- la durée jugée très rapide de l'examen clinique réalisé par l'interne, avant qu'il ne conseille au patient d'aller se reposer chez lui ;*
- le fait que M. (X) semble avoir souffert en réalité d'une fracture, diagnostiquée le lendemain par son médecin de ville ».*

Réclamations relatives à la protection des données personnelles ou à des recherches biomédicales

Ces réclamations seront instruites selon le cas :

- pour les réclamations relatives à la protection de données personnelles, par la déléguée à la protection des données personnelles (« DPO », rattachée à la DSI)¹⁵ ;

¹⁵ Adresses courriels :

- pour les réclamations relatives à des recherches biomédicales, par la Direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI).

L'accusé de réception adressé au réclamant devra le cas échéant préciser, après en être convenu avec la DPO ou la DRCI, que la réponse sera effectuée directement par la DPO ou la DRCI, avec information au chargé des relations avec les usagers.

LA RECLAMATION SIMPLE

• Typologie

On entend par réclamation « simple » une réclamation dépourvue de demande indemnitaire.

On distinguera notamment :

- *Les réclamations liées uniquement à un problème médical, relationnel, organisationnel, hôtelier*
 - Tout témoignage d'un patient sur la qualité de sa prise en charge, l'accueil par le personnel, les délais, un problème comportemental, la relation avec le personnel médical ou soignant, le déroulement des examens, les conditions d'hospitalisation (confort de la chambre, qualité des repas, hygiène ...), les difficultés rencontrées pour accéder au dossier médical ...
- *Les demandes d'annulation de facture suite à un problème médical, relationnel, organisationnel, hôtelier*
 - Réclamations faisant suite à un problème rencontré lors d'une consultation ou d'une hospitalisation : hypothèse d'un patient refusant d'acquitter une facture ; d'un patient estimant avoir reçu des soins défectueux ou allégués comme tels... ;
- *Les demandes d'annulation de facture liée à une usurpation d'identité, à une erreur d'identité*
 - Ces réclamations seront en principe traitées par le responsable des admissions/ facturations avec information au chargé des relations avec les usagers.
- *Les demandes de communication de documents*
 - Les demandes de communication du dossier médical et plus généralement d'informations médicales ne constituent pas en elles-mêmes des réclamations. Elles sont la mise en œuvre concrète du droit à l'information du patient affirmé par la loi (art. L. 1111-2 et L. 1111-7, CSP).

Au cas où l'hôpital refuse de faire droit à une demande de dossier médical ou plus généralement d'informations médicales relatives au patient, ce dernier – ou ses ayants droit en cas de décès - doit adresser au demandeur une décision motivée mentionnant la possibilité de saisir la CADA (Commission d'accès aux documents administratifs). Cette saisine peut s'effectuer notamment par voie électronique¹⁶.

-
- Pour l'Entrepôt de données de santé : entrepot.drc@aphp.fr
 - Pour la protection des données (dont celles traitées par ORBIS) : protection.donnees.dsi@aphp.fr

¹⁶ <https://www.cada.fr/particulier/quand-et-comment-saisir-la-cada>
<https://www.cada.fr/formulaire-de-saisine>

Le fait pour un hôpital de ne pas répondre à une demande de communication de dossier médical s'assimile à un refus implicite qui permet à l'utilisateur ou ses ayants droit de saisir la CADA dans les mêmes conditions.

- **Traitement**

Le chargé des relations avec les usagers (CRU) doit sous **8 jours** à compter de la date de réception de la réclamation :

- adresser un accusé de réception personnalisé au demandeur (voir supra) ;
- transmettre la réclamation au responsable du service ainsi, selon le cas, qu'
 - au cadre de santé du service,
 - au référent qualité-gestion des risques du DMU, lorsqu'il a été désigné,
 - aux responsables des directions fonctionnelles (si un ou plusieurs motifs concernent particulièrement une ou plusieurs directions fonctionnelles, par exemple pour un litige relatif à la facturation),
 - au directeur médical du DMU,
 - aux directeurs adjoints concernés,
 - au coordinateur général des soins (si le ou les motifs sont en lien avec une prise en charge paramédicale).

Cette transmission a pour objectif :

- d'informer les responsables des secteurs concernés et leur hiérarchie ;
- de solliciter des éléments de réponse pour l'ensemble des motifs de la réclamation.

Les éléments de réponse préciseront, au-delà de la description précise des faits et de leur validation, les actions correctives mises en place et/ou envisagées (formation, information, RMM/CREX¹⁷, mise en place d'un protocole, d'une procédure, etc.).

Le délai maximal de réponse attendu du service est de 15 jours. En cas de dépassement de ce délai, un courriel de relance doit lui être adressé.

En cas de réclamation liée à un événement indésirable grave (EIG), le coordonnateur des risques associés aux soins (CGRAS) doit en être destinataire en copie pour information et/ou traitement, investigations et suivi (suivis le cas échéant de RMM/CREX).

- adresser une copie de la réclamation et de l'accusé réception au médiateur médical ou paramédical si une proposition de médiation est mentionnée dans l'accusé de réception ;
- transmettre et/ou mettre à disposition la réclamation, anonymisée ou non anonymisée (dans ce second cas, si elle comprend des données médicales et selon les souhaits exprimés par le réclamant : voir p. 9) aux représentants des usagers et au représentant des familles membres de la CDU.

On retiendra comme délai de référence entre la réception des éléments d'enquête et l'envoi de la réponse au réclamant un délai ne devant **excéder 15 jours**. Soit un délai d'un mois à compter de l'envoi de l'accusé de réception.

¹⁷ RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité. CREX : Comité de Retour d'Expérience

- **La réponse au réclamant**

Lorsque le chargé des relations avec les usagers est en possession des rapports résultant des enquêtes et des éléments nécessaires, il élabore une réponse définitive claire et détaillée afin d'apporter au plaignant les explications satisfaisantes sur sa situation et les actions qui vont si besoin suivre.

Toute réclamation doit faire l'objet d'une réponse personnalisée. Elle doit contenir des explications pour tous les motifs énoncés et présenter le cas échéant les actions correctives mises en place et/ou des excuses si l'établissement n'a pas rendu un service pouvant être considéré comme normal.

Si la réponse à la réclamation portant sur des aspects médicaux est effectuée par la direction, le chef de service ou le responsable d'unité sera invité à en relire sous 72 heures le projet, afin de s'assurer de l'exactitude matérielle des faits qui y sont mentionnés et de la pertinence des termes retenus.

On se reportera utilement au chapitre « *Répondre à une réclamation* ».

Voies de recours.

En cas de décision négative du directeur de l'hôpital à une demande de retrait ou de révision de sa décision initiale (décision relative à l'accès aux soins, au bénéfice d'un droit, etc.) la réponse mentionnera les voies de recours, à savoir la possibilité ouverte à l'usager de saisir le tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois à compter de la réception de la décision.

Les recours relatifs à la non-communication d'informations médicales (dossier médical notamment) doivent être précédés avant la saisine du tribunal administratif d'une saisine préalable de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) (v. infra).

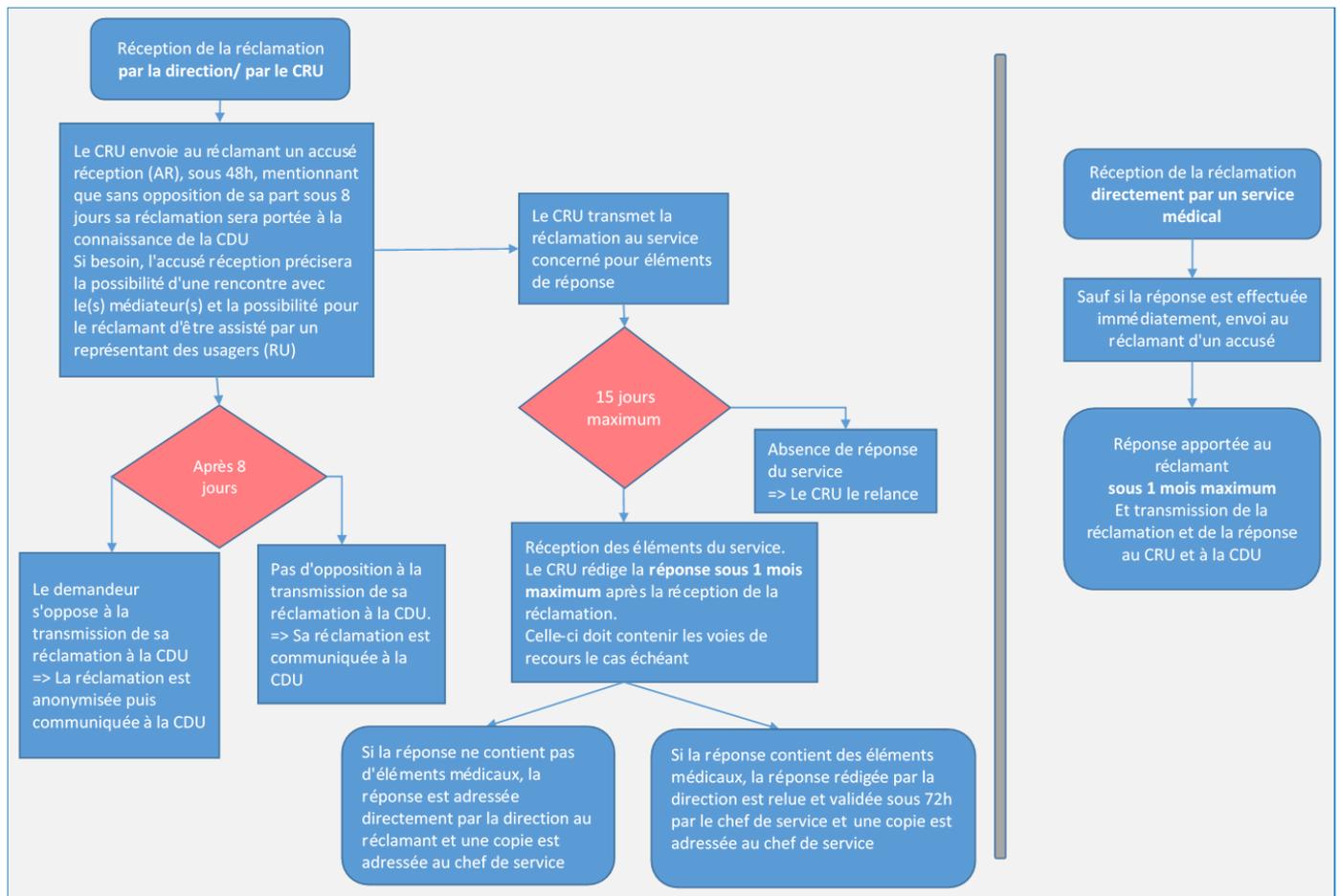
Cas particulier :

Lorsque la réclamation simple est adressée à la DAJ, soit via le Directeur général, soit via une institution ou un organisme (Ministère, ARS, etc.), soit directement.

La DAJ adresse un accusé de réception au patient (où à ses représentants légaux ou ses ayants droit) et transmet la réclamation au chargé des relations avec les usagers afin d'obtenir des éléments de réponse ou la réponse apportée par le site ou interroge toutes les directions susceptibles de permettre d'apporter une réponse au demandeur.

Selon le cas, la réponse sera effectuée directement par le Directeur général ou l'un(e) de ses DGA, par la DAJ, par le GHU, l'hôpital ou le PIC concerné.

Si la réclamation a été adressée nominativement au Directeur général, mais qu'il est convenu que la réponse sera effectuée à un autre échelon de l'AP-HP, l'accusé de réception devra mentionner que « *Le Directeur général a bien pris connaissance de votre courrier et m'a chargé de répondre en son nom...* ».



LA RECLAMATION INDEMNITAIRE

La réclamation « indemnitaire » vise à obtenir de l'AP-HP la réparation pécuniaire d'un préjudice engageant la responsabilité pour faute de l'administration.

Il revient à l'utilisateur concerné de demander expressément cette réparation. On vérifiera que la réclamation s'analyse bien comme une demande d'indemnisation et non seulement comme une demande d'information¹⁸ : le dossier ne pourra être instruit par la DAJ et les délais de recours contentieux ne pourront courir que si la demande, caractérisée comme « indemnitaire », est recevable à ce titre.

Si l'intention du patient est véritablement d'obtenir une indemnisation, le CRU lui expliquera qu'il lui appartient d'en formuler expressément la demande par écrit.

Seul le patient a qualité pour demander réparation de son préjudice : c'est lui qui a subi le préjudice. S'il se trouve dans l'incapacité physique ou psychique médicalement constatée d'y procéder, le tiers (par exemple le tuteur) devra justifier d'un mandat pour le faire. A défaut de production d'un tel mandat, l'AP-HP ne pourra prendre qu'une décision de rejet pour défaut de qualité à agir.

En cas de décès du patient, ce sont ses ayants droit qui formulent cette demande selon les mêmes modalités.

Il convient de distinguer **3 types de réclamations indemnitaires** :

- Les réclamations indemnitaires pour préjudice matériel d'un montant inférieur à 4 500 € ;
- Les réclamations indemnitaires pour préjudice matériel d'un montant supérieur à 4 500 € ;
- Les réclamations indemnitaires pour préjudice corporel (on se reportera *infra* aux développements « *En cas de réclamation « indemnitaire » pour préjudice corporel* »).

L'objectif est d'apporter au réclamant une réponse motivée à ses demandes tant d'un point de vue médical que juridique et, le cas échéant, de procéder à une juste indemnisation chaque fois qu'elle est justifiée. On y procédera avec toute la sollicitude et la diligence requises s'agissant de victimes.

LA RECLAMATION INDEMNITAIRE AVEC DEMANDE POUR PREJUDICE MATERIEL D'UN MONTANT INFERIEUR A 4 500€

Ces réclamations font suite à des pertes, vols et détériorations d'effets personnels : vêtements, valeurs et autres objets ; pertes et détériorations de prothèses (prothèses auditives et dentaires, lunettes).

• Le traitement de la réclamation

La procédure est identique à celle des réclamations simples et elles sont **traitées directement par le GHU**, sous réserve des précisions suivantes :

- L'accusé de réception doit préciser les modalités de prise en charge de la réparation par l'AP-HP.
- Sauf cas de patient décédé, de patient sous protection juridique ou placé dans l'incapacité de formuler lui-même sa réclamation indemnitaire, celle-ci doit être rédigée par la victime qui seule peut prétendre à la réparation.

¹⁸ Il a été jugé ainsi que la demande des coordonnées de l'assureur de l'établissement ne constitue pas une demande d'indemnisation (CAA Paris, 4 mai 2018).

En cas de demande de réparation formulée par un tiers, il sera précisé qu'une seule demande peut être formulée (hypothèse de demandes parallèles de parents, d'ayants droit par exemple). Le cas échéant, la demande présentée par un tiers devra être accompagnée d'un certificat médical attestant de l'incapacité de la victime à formuler elle-même la demande (si la victime est toujours hospitalisée, ce certificat sera demandé au service médical).

- Les règles de comptabilité publique imposant la présentation de justificatifs d'achat, ces derniers seront demandés à la victime (ou à son représentant). L'accusé de réception précisera qu'un éventuel taux de vétusté sera applicable¹⁹.
- Le service devra adresser au CRU :
 - Un rapport circonstancié établissant le contexte du vol ou les causes de la perte ou de la détérioration des effets personnels et/ou de la prothèse et indiquant si le patient était en mesure de les gérer seul ;
 - La fiche d'inventaire d'entrée et, le cas échéant, de sortie.

et s'agissant plus particulièrement d'une prothèse :

- L'indication qu'un réceptacle nominatif avait ou non été mis à disposition du patient pour le rangement de sa prothèse,
- Un certificat médical ou une attestation de l'aptitude du patient à gérer seul ou non sa prothèse au moment des faits,
- Si la victime est toujours hospitalisée et ne peut faire la demande par elle-même, un certificat médical attestant de son incapacité à formuler elle-même la demande de réparation.

Pour rappel, seul le patient a qualité pour demander réparation de son préjudice : c'est lui qui a subi le préjudice. S'il se trouve dans l'incapacité physique ou psychique médicalement constatée d'y procéder, un tiers (par exemple le tuteur) devra justifier d'un mandat pour le faire. A défaut de production d'un tel mandat, l'AP-HP ne pourra prendre qu'une décision de rejet pour défaut de qualité à agir.

• Les justificatifs

- Les effets vestimentaires : si le patient ou ses représentants légaux ou ses ayants droit sont dans l'incapacité de fournir les justificatifs requis, le calcul de l'indemnité sera établi à partir de trois catalogues de grande distribution (La Redoute, les 3 Suisses, etc.). Le tarif appliqué sera calculé sur la moyenne des trois prix référencés ;
- Les prothèses et matériels médicaux/paramédicaux (ex : fauteuils roulants) : le remboursement se fait sur la facture acquittée de la nouvelle prothèse ou du matériel de remplacement permettant à la personne de bénéficier de soins adaptés à sa situation. Le montant du remboursement tient compte de la prise en charge susceptible d'être effectuée par l'assurance maladie et les complémentaires santé.

• La réponse au réclamant

A l'issue de l'instruction, une décision motivée d'acceptation ou de rejet de la demande de réparation est adressée par le GHU au patient (ou à ses représentants légaux ou ses ayants droit) par courrier recommandé avec accusé de réception, comportant la mention des voies et délais de recours. Elle précise les modalités d'indemnisation : calcul du taux de vétusté, signature obligatoire d'un protocole d'accord amiable...

En cas d'accord sur l'indemnisation, un « protocole d'accord amiable » est établi entre le réclamant et l'AP-HP, en deux exemplaires. Un exemplaire original est conservé par le réclamant, le second exemplaire est classé au

¹⁹ Sur le taux de vétusté, v. le guide « Protéger les biens et affaires personnelles du patient », DAJ, 2018.

dossier de réclamation. Un exemplaire scanné en est transmis à la direction des services économiques et logistiques du GHU accompagné des pièces suivantes :

- Le courrier de réclamation et les pièces jointes (un RIB, la pièce d'identité avec photo, le justificatif de domicile et le cas échéant le certificat médical attestant de l'incapacité de la victime de formuler elle-même la demande ou le jugement de tutelle, les justificatifs d'achat ;
- Le rapport circonstancié du service médical et la fiche d'inventaire (à l'entrée et le cas échéant à la sortie) et le cas échéant, le certificat médical d'inaptitude du patient à gérer seul ses prothèses ;
- La décision de paiement ;
- Le cas échéant, le certificat sur l'honneur du patient ou son représentant de ne pas demander de prise en charge à un organisme d'assurance.

En cas de refus d'indemnisation ou d'indemnisation d'un montant inférieur au montant sollicité par l'utilisateur, la réponse mentionnera les voies de recours, à savoir la possibilité ouverte à l'utilisateur de saisir le tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois à compter de la réception de la décision de l'AP-HP.

ATTENTION :

si les réclamations relatives aux pertes de prothèses dentaires sont du ressort du site/GHU, les réclamations relatives aux dommages dentaires lors des manœuvres d'intubation ou d'extubation ainsi que celles relatives aux prises en charges des patients dans les services de stomatologie ou d'odontologie sont de la compétence exclusive de la DAJ.

LA RECLAMATION INDEMNITAIRE POUR UN PREJUDICE MATERIEL D'UN MONTANT SUPERIEUR A 4 500€

Les réclamations faisant suite à la perte, à la détérioration ou au vol d'un bien du patient sont du ressort de la DAJ²⁰.

Sont concernés les biens que le patient n'avait pas déposés auprès de l'hôpital ou du comptable (régie), qu'il était autorisé à conserver durant son hospitalisation et dont le montant est supérieur à 4 500 euros.

La demande d'indemnisation doit être adressée à la DAJ accompagnée des justificatifs appropriés et le cas échéant de la copie d'une facture acquittée.

LA CLOTURE DE LA RECLAMATION

A la clôture de la réclamation, le tableau de suivi est complété et le dossier est archivé.

La durée d'archivage des courriers de réclamation est de :

- 10 ans à la clôture d'une réclamation simple et des réclamations indemnitaires locales (réclamations matérielles de moins de 4 500 euros) ;

²⁰ DAJ/Département de la médiation, de la responsabilité hospitalière et du contentieux des séjours (DMRHCS). Adresse de contact : respmed.daj.sap@aphp.fr

- 10 ans à compter de la complète exécution de la décision d'indemnisation et de l'extinction des voies et délais de recours.

Les actions correctives issues de l'analyse sont inscrites dans les plans d'amélioration des DMU concernés et/ou de l'hôpital.

La clôture ne signifie pas que l'utilisateur est satisfait du traitement de sa réclamation. On s'assurera que le réclamant est informé des autres formes de recours internes et externes dont il dispose.

LES ELOGES

Par éloges, on entend les courriers et témoignages de reconnaissance ou de félicitations reçus par l'hôpital

Ils expriment la gratitude d'utilisateurs envers les professionnels et les équipes.

Les éloges doivent pour ces raisons, eux aussi, faire l'objet d'une lecture attentive :

- ils pointent les aspects de la prise en charge qui ont le plus contribué à la satisfaction du patient ou de sa famille,
- ils constituent un encouragement et un hommage à l'action et au comportement des équipes hospitalières ou de tel ou tel professionnel. Ils doivent pour cette raison être portés à leur connaissance.

Il doit être répondu systématiquement, avec sobriété, aux courriers d'éloges adressés directement à la direction.

Par exemple :

« Nous avons bien reçu votre courrier du... qui félicite (notre hôpital, telle équipe...) pour la qualité de son accueil (de ses soins, du séjour, ...). Nous y avons été très sensibles et nous vous en remercions. Nous transmettons votre courrier au service de..., afin de le porter à leur connaissance... ».

Les éloges doivent être inclus dans l'analyse statistique.

LES ACTIONS CORRECTIVES

Le traitement de la réclamation ne peut se limiter à constater des dysfonctionnements ou anomalies et à répondre à l'utilisateur pour exprimer des regrets : il doit permettre d'engager des actions correctives, d'« aller au-delà de la réponse et (d') engager un processus d'analyse de la chaîne de la prise en charge pour chacun des événements signalés »²¹.

Une action corrective a pour objet d'éliminer ou de réduire une cause de non-conformité, de dysfonctionnement ou d'événement indésirable, afin d'empêcher sa récurrence et d'en diminuer la fréquence et la gravité de leurs conséquences.

Lorsque l'hôpital ou un responsable de service est informé au travers d'une réclamation de l'existence d'une anomalie ou d'une situation anormale, une action corrective doit être mise en place. Ceci le plus rapidement possible.

L'expérience de la gestion des risques montre toutefois que les actions immédiates, utiles pour mettre fin à des situations de tension dont la résolution ne peut être différée, sont souvent peu efficaces à terme. En cas de

²¹ « *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers, le guide méthodologique en 10 points-clés* », point 5. DHOS, 2007

dysfonctionnement, une analyse approfondie permettra généralement d'en mettre en évidence les causes profondes, souvent multiples, puis de déterminer des actions de correction.

On recommandera de procéder ainsi, au niveau de l'hôpital ou de l'équipe, selon le cas :

- identifier clairement le problème ;
- rechercher la cause probable de l'anomalie, son origine, « pourquoi cela est arrivé ? » ;
- réfléchir à « comment peut-on l'éviter dans l'avenir ? ».

L'action corrective sera ensuite mise en œuvre et évaluée suivant :

- un plan d'action défini à partir d'un diagnostic précis ;
- une durée circonscrite ;
- des éléments de preuve permettant d'évaluer le résultat.

Elle devra permettre le cas échéant de « favoriser des synergies entre les pôles et/ou les services impliqués dans la qualité de la prise en charge »²².

Les actions correctives sont enregistrées dans un tableau de suivi par le chargé des relations avec les usagers. Elles font l'objet d'une présentation régulière en CDU. Elles y sont examinées et priorisées.

TRAÇABILITE ET SUIVI

Un dossier est ouvert pour chaque réclamation par le chargé des relations avec les usagers.

Toute réclamation, dès qu'elle est identifiée comme telle et quelle qu'en soit la forme (réclamation orale, appel téléphonique, courrier, courriel), doit par ailleurs être enregistrée au **tableau de suivi des réclamations** par le chargé des relations avec les usagers, selon une typologie définie. Il en est de même des éloges.

Le tableau de suivi doit comprendre a minima les items demandés par l'ARS pour les besoins du suivi statistique régional des réclamations reçues par les établissements de santé.

Les motifs retenus par l'ARS d'Ile-de-France sont répartis par chapitres/domaines/rubriques, puis par motifs (extrait du guide du remplissage du rapport d'activité 2021) :

Cette traçabilité à l'échelon de l'hôpital ou du GHU n'est pas exclusive d'une traçabilité plus déconcentrée, à l'échelon de l'unité fonctionnelle, du service ou du DMU.

Accueil et administration
Accueil physique
Standard téléphonique
Attente/Délais liés aux admissions
Attente/Délais liés à la prise de rendez-vous
Facturation
Dépassement d'honoraires
Dysfonctionnement dans le traitement administratif du dossier
Refus de soins
Défaut d'offre (transfert vers un autre établissement par manque de lits)
Mode d'hospitalisation
Signalisation (intérieure, extérieure)
Horaires de visites des patients

²² Idem, point 9

Conditions de sortie du patient
Autres, si autres motifs, précisez
Prise en charge - Aspects médicaux
Délais de prise en charge
Information du malade/de la famille
Délais de transmission des informations médicales (notamment le compte-rendu d'hospitalisation)
Contestation du diagnostic médical, de la prescription ou des actes médicaux
Accès au dossier médical
Secret médical, confidentialité
Non recueil du consentement
Qualité des soins
Prise en charge de la douleur
Infections iatrogènes, nosocomiales et liées à des produits de santé
Complications, séquelles
Relations avec le médecin
Accompagnement de fin de vie/ directives anticipées
Coordination des soins, régulation urgences
Autres, si autres motifs, précisez
Prise en charge - Aspects paramédicaux
Organisation des examens
Circuit du médicament (erreur ou défaut dans la distribution)
Accompagnement à la toilette, au repas/ surveillance
Relations avec le personnel
Information du malade/de la famille
Insuffisance de personnel ou remplacement récurrent
Coordination et communication entre les équipes/services
Liberté de circulation (enfermement, isolement...)
Prévention des chutes/des escarres
Insuffisance de rééducation
Soins post-mortem et conservation du corps
Autres, si autres motifs, précisez
Vie quotidienne - Environnement
Alimentation, diététique
Prestations hôtelières
Locaux (accès, sécurité, configuration chambre)
Prothèses (perte, endommagement)
Vol, objet endommagé
Hygiène et propreté des locaux
Comportement des autres patients/voisins de chambre (violences, agressivité)
Nuisances sonores et olfactives
Matériel et équipement inadapté, dégradé ou indisponible
Transport et stationnement
Autres, si autres motifs, précisez

Respect de la personne
Maltraitance (physique et/ou psychologique)/ négligence et privation de droits
Discrimination (raciale, religieuse...)
Respect de la dignité et de l'intimité
Langage et attitude des professionnels vis-à-vis du patient et/ou de la famille
Manque d'écoute et de bienveillance des professionnels
Modalités d'annonce d'un décès à la famille
Autres, si autres motifs, précisez

Le tableau tenu par chaque site de l'AP-HP doit comporter les informations suivantes :

Numéro d'ordre (annuel), qui permet également de recenser le nombre global de réclamations enregistrées :

- Statut de la réclamation
- Mode de transmission
- Identité du patient : nom et prénom (anonymisé sur tableau joint)
- Identité du demandeur : nom et prénom (anonymisé sur tableau joint)
- Lien avec le patient
- Date de réception
- Motif selon grille ARS
- Type de demande
- Date de l'accusé réception (AR)
- Date de transmission au service
- DMU
- Service
- Date de réponse du service
- Date de la réponse finale au patient
- Médiation (proposition/ acceptation/ conclusion/nombre avec le médiateur médical, nombre avec le médiateur non médical, nombre de médiation commune médical/non médical, nombre présence RU)
- Suites données
- Mesures correctives
- Délai de réponse

L'EXAMEN COLLEGIAL DES RECLAMATIONS - LA REVUE DES RECLAMATIONS

Un examen collégial des réclamations est effectué de façon périodique. Il associe a minima l'ensemble des membres de droit de la CDU et donc les représentants des usagers. L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la CDU, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement²³. La CDU statue lorsque les réclamations ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Cet examen est effectué sous la forme d'une revue des réclamations en « présentiel » ou d'une relecture après envoi par courriel des réclamations.

²³ V. l'article 124 du règlement intérieur de l'AP-HP « Réclamations et voies de recours »

Le tableau avec les courriers des patients numérisés est adressé au représentant des usagers quelques jours avant la réunion périodique d'examen des réclamations, par messagerie AP-HP. A titre exceptionnel, il peut être adressé par courrier simple à leur domicile.

En amont de la CDU²⁴ et selon un rythme à définir (tous les mois par exemple), une réunion est organisée entre la direction Qualité de l'hôpital ou du GHU et les représentants des usagers afin d'examiner les réclamations de la période et l'état d'avancement du traitement des réclamations antérieures.

Cette réunion peut être effectuée en vidéo, notamment en situation de crise.

Elle peut être formalisée comme une réunion de la CDU en formation restreinte (représentants des usagers, médiateurs, directeur de site, chargé des relations avec les usagers, gestionnaire qualité et gestionnaire de risques). Il associe à minima des membres de droit.

« Revue des réclamations », elle consiste à analyser les réclamations, les réponses apportées ainsi que les comptes rendus des entretiens de médiation.

Elle comprend au moins deux volets :

- L'examen des griefs et celui des réponses apportées aux différentes réclamations ;
- Les enseignements à tirer des différentes réclamations, ils seront le cas échéant portés à la connaissance du COVIRIS : chaque réclamation peut renvoyer à une question de fond nécessitant une étude de processus.

Elle pourra concerner le traitement des EIG qui a donné lieu à une réclamation ou susceptible de donner lieu à une réclamation.

La réunion associera dans ce cas le coordonnateur général des risques associés aux soins (CGRAS) et fera l'objet d'un compte-rendu rédigé durant la séance ou d'un tableau de suivi spécifique.

En cas de réclamations récurrentes sur un même service, l'opportunité d'un travail spécifique (réunions spécifiques, groupe de travail) doit être envisagée, associant les représentants des usagers.

On favorisera le plus possible la tenue régulière de revues des réclamations à l'échelon du DMU ou du service, associant le chargé des relations avec les usagers, le CGRAS en cas d'EIG, un ou plusieurs représentants des usagers et les responsables médicaux et paramédicaux du DMU ou du service.

LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

La commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades, ainsi que de l'accueil de leurs proches. Elle vient faciliter les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès du directeur (art. L. 1112-3, CSP). Elle examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. Elle propose des actions correctives qui seront mises en œuvre par les professionnels de santé au sein des services concernés.

Sa composition est précisée par le code de la santé publique (art. R. 1112-81).

La présidence ou la vice-présidence de la commission peut être assurée par un représentant des usagers. La CDU est composée *a minima* du directeur de l'hôpital ou de son représentant, d'un médiateur médecin et de son

²⁴ Composition de la CDU ; V. document « Vos interlocuteurs », p. 98

suppléant, d'un médiateur non médecin et de son suppléant ainsi que de deux représentants des usagers et de leurs suppléants.

D'autres membres peuvent participer aux séances à titre facultatif à la commission, selon le contenu des réclamations (ex : le chargé des relations avec les usagers, le président de la commission médicale d'établissement locale ou son représentant, un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale ou son suppléant, etc.).

Les missions de la CDU sont les suivantes :

- Participer à l'élaboration de la politique menée au sein de l'hôpital s'agissant de l'accueil, de la prise en charge, de l'information et des droits des usagers
- Examiner les plaintes et réclamations ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel ou être informée de l'ensemble des réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.
- Être associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission d'établissement locale (CMEL)
- Se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données
- Être informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'hôpital pour y remédier
- Recueillir les observations des associations de bénévoles actives au sein de l'hôpital
- Proposer un projet des usagers exprimant les attentes des usagers et leurs propositions

En qualité de membres de la CDU, les représentants des usagers et le représentant des familles ont accès à l'ensemble des réclamations – sous réserve de l'absence d'opposition du réclamant lorsque la réclamation comprend des données médicales - et peuvent être amenés à suggérer des actions d'amélioration. Ils peuvent en être systématiquement destinataires si tel est leur souhait, dans des conditions à préciser avec l'hôpital.

La CDU, qui veille au suivi du traitement des réclamations et des actions mises en œuvre, reçoit²⁵ :

- une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales²⁶, ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

Elle reçoit le réclamant si elle le juge utile à l'issue d'une procédure de médiation.

Elle veille à ce que les usagers soient informés sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent.

Le bilan des réclamations est formalisé dans le rapport d'activité de chacune des CDU. Il est adressé chaque année par les chargés des relations avec les usagers par saisie sur le site de l'ARS. L'ARS d'Ile-de-France retourne ensuite un tableau contenant l'ensemble de ces données à la DAJ.

²⁵ Art. R. 1112-80, CSP

²⁶ Formulées en vertu de l'article L. 1112-1, CSP (notamment la communication des dossiers médicaux)

L'INTERVENTION D'UN MEDIATEUR

La CDU comprend notamment « deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement »²⁷. Voir *infra* « Les médiateurs médicaux et non médicaux ».

Les conditions de leur intervention sont ainsi prévues par le code de la santé publique²⁸ :

- En cas de plainte ou de réclamation, le directeur doit y répondre dans les meilleurs délais, en avisant le réclamant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, ou bien il doit l'informer qu'il procède directement à cette saisine.
- Il informe alors l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la CDU. La présence d'un représentant des usagers lors de l'entretien de médiation doit être systématiquement proposée au réclamant²⁹, sans être imposée. Si le réclamant accepte favorablement cette proposition, le chargé des relations avec les usagers se chargera de contacter l'un des représentants des usagers du site.
- Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.
- Le médiateur, une fois saisi par le directeur ou par le réclamant, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du réclamant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.
- Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la CDU qui le transmet sans délai, accompagné de la réclamation, aux membres de la CDU ainsi qu'au réclamant.
- Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la réclamation, la CDU doit formuler des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.
- Dans le délai de huit jours suivant la séance, le directeur répond à l'auteur de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la CDU. Il transmet ce courrier aux membres de la CDU.

La médiation est une rencontre. Les protagonistes sont rencontrés par le médiateur soit ensemble soit séparément. La médiation sera modulable dans son organisation selon les circonstances et l'appréciation du médiateur.

²⁷ Art. R. 1112-81, CSP

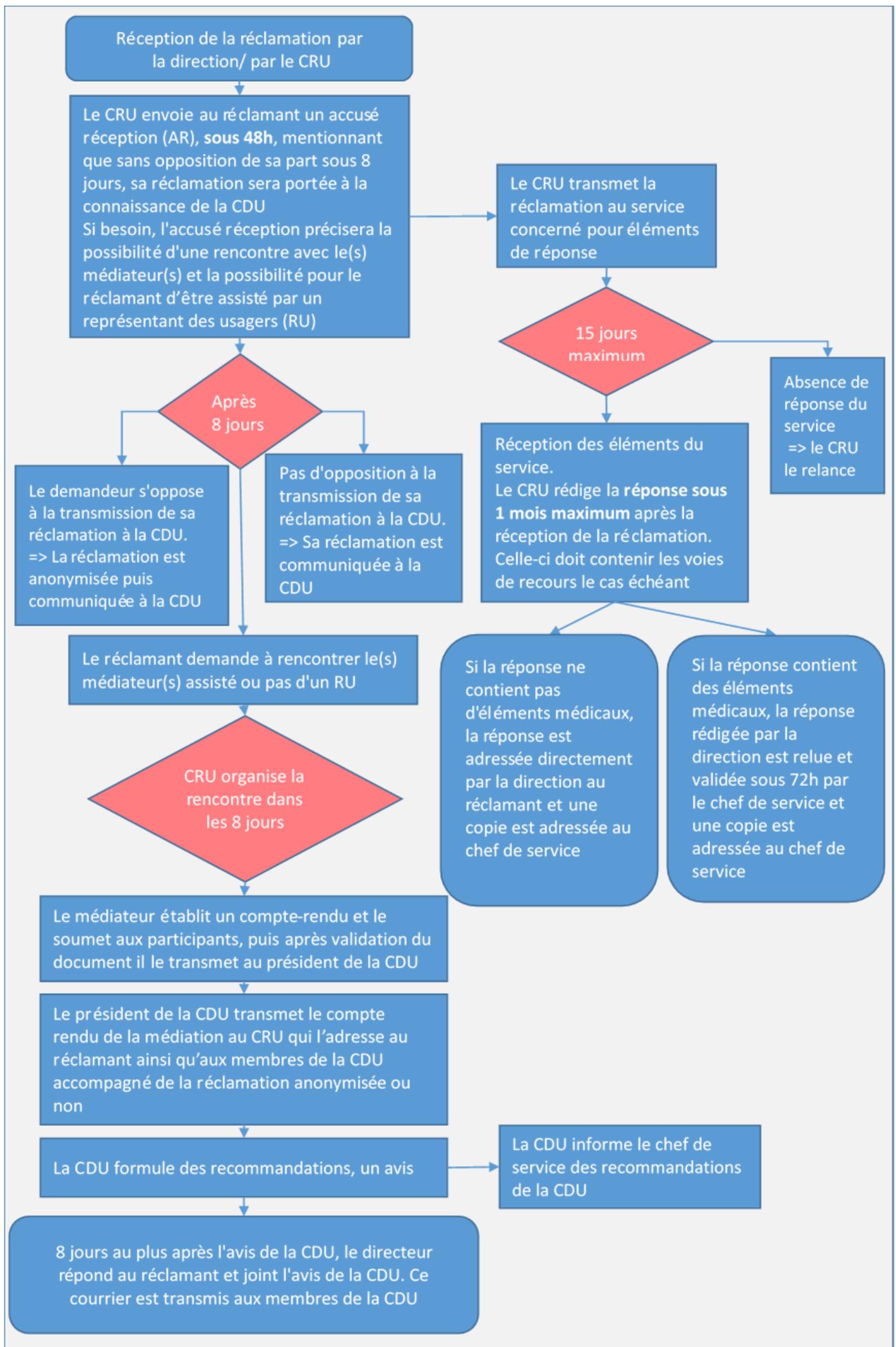
²⁸ Art. R. 1112-92 à R. 1112-94, CSP

²⁹ Le chargé des relations avec les usagers joindra utilement une liste de représentants des usagers qui ont fait connaître leur intérêt ou leur disponibilité pour participer à des entretiens de médiation. Cet intérêt et cette disponibilité seront questionnés le cas échéant en CDU.

Le lieu de la rencontre doit être adapté (un lieu « neutre » : salle de réunion, une table ronde, un lieu accessible aux personnes à mobilité réduite).

Un principe est que lorsque la réclamation place un médiateur en situation de conflit d'intérêts, par exemple parce qu'elle porte sur un service dans lequel il a exercé ou avec lequel il est en lien étroit, il doit se déporter sur son suppléant.

Le rapport de médiation est adressé au chef de service pour lequel la CDU a émis des recommandations.



RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE

Les réclamations portent à la connaissance de l'administration hospitalière et à des personnes qui ne font pas partie de l'équipe de soins (telle que définie par le code de la santé publique³⁰) des informations dont certaines relèvent de la vie privée des réclamants ou de leurs proches. Et plus généralement des informations qu'ils peuvent ne pas souhaiter être divulguées.

La loi prévoit que lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, et seulement dans ce cas, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe³¹.

Les conditions d'accès aux réclamations des personnes qui ne font pas partie de l'équipe de soins, mais toutefois sont amenées à participer au traitement des réclamations et à connaître à la fois leurs auteurs et leur contenu sont précisées par le code de la santé publique.

On rappellera en premier lieu que les membres de la CDU (comprenant les médiateurs et les représentants des usagers), le directeur, ses représentants et autres membres de l'administration hospitalière sont tenus par le secret professionnel³².

Le code de la santé publique prévoit plus particulièrement que la CDU :

- *« est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.*
- *en cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier ;*
- *peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée ».*

Il précise par ailleurs que :

- *« l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement ;*
- *(pour celles d'entre elles pour lesquelles le médiateur est saisi), la commission les examine lorsqu'elles ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose »³³.*

On retiendra donc que :

- les réclamations sont tenues à la disposition des représentants des usagers et autres membres de droit de la CDU, dont les représentants des familles ;

³⁰ Art. L. 1110-12, CSP : « (...) **l'équipe de soins** est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé (...);

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

³¹ Art. L. 1110-4, CSP

³² Art. L. 1110-4, CSP : ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Art. L. 1112-3, CSP : « Les membres de la (CDU) sont astreints au secret professionnel ».

³³ Art. R. 1112-80, CSP

- aucune restriction à cet accès n'est prévu par les textes pour les informations ainsi portées à la connaissance lorsqu'il ne s'agit pas d'informations médicales ;
- Lorsqu'il s'agit d'informations médicales, il convient d'obtenir sous huit jours la non-opposition de la personne concernée, de ses représentants légaux ou de ses ayants droit si elle est décédée. L'accusé réception donnera huit jours au réclamant pour la faire connaître. A défaut de cet non-opposition, on procédera à l'anonymisation de la réclamation avant toute mise à disposition aux membres de la CDU (autre que le directeur ou le chargé des relations avec les usagers).

S'agissant des informations sur les **événements indésirables graves** (EIG), une anonymisation doit être systématiquement effectuée.

Les membres de la CDU sont en effet destinataires de :

- *« une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves (...) survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.*
- *une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé de la deuxième partie du formulaire. Cette information, adressée par le (directeur) ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement »³⁴.*

Pour ces informations relatives aux EIG, le code de la santé publique prévoit que :

« Les informations (...) sont délivrées dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés. Elles ne comportent notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge »³⁵.

Le champ de cet anonymat nécessaire sera déterminé au cas par cas : dans différentes hypothèses, on devra considérer en effet que l'intitulé du service ou de l'unité, ou encore la mention de la période de prise en charge par exemple sont trop « identifiants ».

Le même souci de confidentialité s'impose pour le rapport annuel de la CDU : *« Ce rapport ne comporte que des données anonymes »³⁶.*

MISE EN RELATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES RECLAMATIONS

Le Code de la santé publique retient la définition suivante de l'« événement indésirable grave » :

« Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale » (art. R. 1413-67, CSP).

Est concerné tout événement indésirable :

- ayant ou pouvant avoir des conséquences graves pour un ou plusieurs patients, visiteurs ou personnels ;

³⁴ Id.

³⁵ Id.

³⁶ Id.

- et/ou pouvant entraîner une mise en cause publique (action en justice, retentissement médiatique) de l'établissement (événement indésirable grave lié aux soins, situation épidémique, ...) ;
- pouvant remettre en cause la continuité de l'activité (incendie, panne électrique, problème lié à l'alimentation en eau,...).

On rappellera par ailleurs que « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une **infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente*** »³⁷

Le signalement des incidents liés aux vigilances est une obligation qui s'impose à tous les professionnels de santé.

Les événements indésirables liés aux activités médicales et de soins, aux relations avec le patient, à la vie hospitalière, ainsi qu'aux vigilances réglementaires doivent être déclarés via le logiciel OSIRIS, accessible à chaque professionnel sur le portail intranet de l'hôpital. On se reportera utilement au guide du signalement des événements indésirables, accessible également sur l'intranet (de l'AP-HP)³⁸.

Le signalement des événements indésirables graves doit être effectué via le **logiciel Osiris** ou préférentiellement par **téléphone** auprès de l'un des interlocuteurs suivants :

- la Direction Qualité ;
- le médecin coordinateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) ;
- le gestionnaire des risques [ou « vigilant »] concerné ;
- le secrétariat du directeur ou l'administrateur de garde.

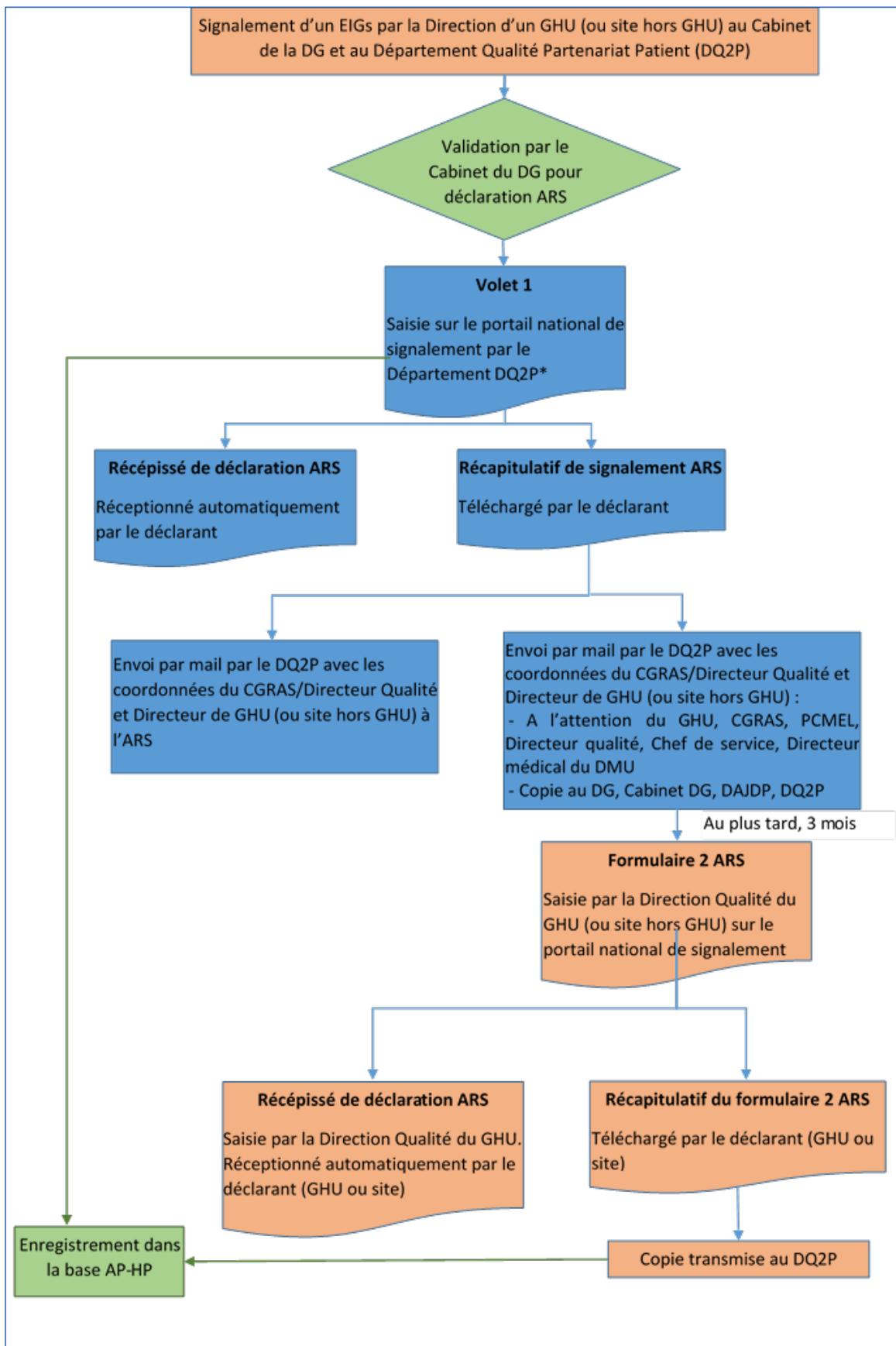
Au niveau du siège, une articulation est effectuée entre les EIG et les réclamations indemnitaires, afin de rapprocher les dossiers :

- La DAJ est informée par la Direction « Patient Qualité Affaires Médicales » (DPQAM/DQ2P - Département Qualité Partenariat Patient) des signalements d'EIG effectués auprès de l'ARS.
- Inversement, en cas de réception secondaire d'une réclamation indemnitaire ou contentieuse par la DAJ, celle-ci en informe la DPQAM. Lors de la réception d'une réclamation indemnitaire avec critère de gravité la DAJ s'assure auprès de la DPQAM que l'EIG a été déclaré.
- Des réunions mensuelles sont organisées pour examiner l'avancement des démarches.
- La DPQAM procède à une analyse des similitudes et/ou différences entre les volets d'analyse des EIG et les expertises médicales dont la DAJ dispose (rapport de médecin conseil, rapport judiciaire ou de CCI).
- Au niveau du GHU ou de l'hôpital, le chargé des relations avec les usagers doit identifier parmi les réclamations qui lui sont rapportées celles qui relèvent d'un événement indésirable et en informer le gestionnaire des risques du site. Une formation des CRU est nécessaire sur ce point, qui pourra être effectuée par le gestionnaire des risques lui-même.
- La mise en place de réunions régulières à cet effet est nécessaire, associant le chargé des relations et les représentants des usagers.
- Lors de ces réunions, organisées en principe à l'échelon du site, les informations utiles relatives aux accidents, incidents, presque accidents, risques d'accidents et EIG associés aux soins déclarés sur Osiris en lien avec les réclamations sont présentés par les référents qualité-gestion des risques. Le lien avec les plaintes et réclamations est assuré par le chargé des relations avec les usagers.

³⁷ Art. L. 1413-14, CSP

³⁸ http://portail-cms.aphp.fr/gestion-risques/IMG/pdf/18.01_Bien_gerer_un_EIG_pour_securiser_les_equipes_et_eviter_un_contentieux-2.pdf et pour plus d'informations sur ce sujet : <http://portail-cms.aphp.fr/gestion-risques/spip.php?rubrique39>

- Un bilan sur les EIG est présenté annuellement en COVIRIS centrale.



GESTION DES RECLAMATIONS ET PROGRAMME QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Le programme Qualité du GHU veille à la mise en place d'un dispositif d'information des usagers sur leurs droits en matière de réclamations : politique harmonisée d'affichage dans les services, livret d'accueil, site internet.

Comme indiqué ci-dessus, une analyse des réclamations à leur échelon peut permettre aux DMU, en lien avec la direction Qualité, d'identifier les axes d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches.

Les actions décidées à l'issue de ces analyses seront intégrées aux plans qualité des DMU et des services, ainsi qu'au programme Qualité et Sécurité des soins du GHU et de l'AP-HP lorsque leur caractère transversal le justifie.

Le tableau de suivi des réclamations intègre les thématiques reprises lors du bilan annuel transmis à l'ARS ainsi que le suivi des médiations. Le lien avec les actions prioritaires « Qualité et sécurité des soins » est réalisé lors de réunions de travail de la direction Qualité auxquelles participent les responsables « Qualité-risques », le chargé des relations avec les usagers, un représentant des usagers et le coordonnateur de la gestion des risques associées aux soins (CGRAS).

L'EVALUATION

- **Indicateurs de suivi des réclamations**

Il est recommandé de suivre des indicateurs suivants :

- Le délai moyen d'envoi des accusés de réception et des réponses.
- Le délai moyen de réponse des DMU et sites suite à la transmission des réclamations.
- Le nombre de séances de la CDU plénière et de séances de médiation.
- Le niveau d'atteinte des objectifs fixés dans les contrats de DMU en matière de traitement des réclamations : organisation interne du traitement des réclamations, rapidité de traitement et intégration des réclamations dans les plans d'actions d'amélioration de la qualité.

- **Indicateurs du programme qualité et sécurité des soins**

La bonne mise en œuvre des plans d'actions élaborés suite au traitement des réclamations. On prendra en compte notamment à l'échelon de l'hôpital ou du DMU le nombre de RMM - CREX mis en place suite à une réclamation.

**EN CAS DE RECLAMATION
« INDEMNITAIRE » POUR PREJUDICE
CORPOREL**

LA REPARATION INDEMNITAIRE POUR UN PREJUDICE CORPOREL : LA GESTION ET LA REPARATION DES ACCIDENTS MEDICAUX

La loi prévoit que « *Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Si la victime est un majeur protégé, la personne chargée de la mesure de protection doit également être informée.*

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix »³⁹.

A la suite ou non de cette information, lorsqu'un patient considère avoir subi un dommage corporel du fait d'actes de prévention, de soin ou diagnostic, il a la possibilité de demander l'indemnisation de ses préjudices⁴⁰, qui est de droit sous réserve de répondre aux critères fixés par la loi (« *Les professionnels de santé et les établissements, services ou organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* »⁴¹).

Cette demande d'indemnisation peut être effectuée selon plusieurs voies distinctes, selon le cas amiables ou contentieuses.

Le patient ou ses représentants légaux peuvent d'une part adresser directement à l'AP-HP une demande préalable indemnitaire.

Mais ils peuvent préférer saisir la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux compétente⁴² (CCI) ou le juge administratif ou encore dans certaines situations le juge civil d'une demande d'expertise (référé-expertise).

La DAJ représentera l'AP-HP devant ces instances.

Dans tous ces cas, le chargé des relations avec les usagers (CRU) agit en relation avec la DAJ (Département de la responsabilité hospitalière- DRH) selon le processus suivant :

- Le chargé des relations avec les usagers vérifie au préalable la nature de la prise en charge du patient : publique, privée, mixte ;
- Il doit s'assurer que la demande est réellement indemnitaire. Dans certains cas, une solution locale est à privilégier en proposant une rencontre avec le chef de service ou une médiation.
- Il informe le patient de la transmission de sa demande à la DAJ (DRH) ;
- Celle-ci est systématiquement transmise au coordonnateur des risques associés aux soins (CGRAS) ;
- Toutes les informations recueillies par le GHU auprès du service concerné sont transmises à la DAJ. Le CRU veille à faciliter l'accès du médecin-conseil de la DAJ au dossier du patient en vue des expertises, un accord écrit à cet accès étant préalablement sollicité du patient par la DAJ ;

³⁹ Art. L. 1142-4, CSP

⁴⁰ Cette possibilité est également ouverte aux ayants droit du patient décédé.

⁴¹ Art. L. 1142-1-I, CSP

⁴² Cette instance non juridictionnelle (procédure amiable) a été créée par la loi du 4 mars 2002. Elle peut - si certains critères de gravité sont remplis - être saisie dans les 10 ans de la consolidation du dommage par un patient ou ses ayants droit pour obtenir la réparation des dommages occasionnés par un accident médical, une affection iatrogène (liée à un traitement ou médicament prescrit) ou infection nosocomiale (liés aux soins et à la prise en charge par l'établissement).

- Le chargé des relations avec les usagers fait connaître à la CDU l'avancée des procédures en interrogeant la DAJ (tableau listant les dossiers en cours).

Les trois voies d'indemnisation

1. La demande directe auprès de l'AP-HP

La DAJ est seule compétente pour le traitement des réclamations indemnitaires pour préjudice corporel adressées à l'AP-HP ou à ses GHU et relatives à la prise en charge des patients⁴³.

En son sein, le Département de la responsabilité hospitalière (DRH) en est en charge. Il est assisté d'une cellule d'une quarantaine de praticiens de l'AP-HP exerçant une fonction de médecin-conseil, coordonnés par un médecin-conseil coordinateur.

Pour chacun des dossiers et selon la ou les spécialités concernées, la DAJ confie à un ou plusieurs médecins-conseils la mission de mener une enquête médicale (sur pièce, avant et après expertise) sur la prise en charge du patient et d'évaluer les préjudices susceptibles d'être indemnisés. Ces médecins sont désignés lors d'un staff organisé chaque semaine au sein de la DAJ. Ils ont pour mission de se faire remettre par le ou les GHU concernés, avec l'accord du patient ou de ses représentants légaux, le dossier médical du patient, de solliciter des éléments explicatifs auprès du chef de service concerné par la réclamation et d'apporter aux juristes de la DAJ les éléments médicaux nécessaires à l'instruction de la demande et leur permettant le cas échéant de formuler une proposition d'indemnisation.

Cette procédure est spécifique à l'AP-HP, qui présente la particularité de bénéficier d'une dérogation légale à l'obligation d'assurance prévue par l'article L. 1142-2 du code de la santé publique et de pouvoir agir en qualité de *propre assureur* (Arr. du 3 janvier 2003).

Il convient de préciser que l'AP-HP n'est pas tenue à indemniser les préjudices liés à l'activité libérale des praticiens à temps plein⁴⁴, qui doivent en répondre personnellement et via leurs propres polices d'assurance. Ce point doit être précisé clairement aux usagers qui formuleraient une demande à ce titre directement auprès de l'AP-HP. Ceci sauf dans le cas où le préjudice est susceptible de tirer son origine conjointement de l'activité publique et de l'activité privée. L'enquête devra alors déterminer les responsabilités respectives.

La procédure suivie - amiable - est la suivante :

- Le patient qui a formulé une demande indemnitaire reçoit un accusé réception de sa demande dans les 8 jours de la réception de sa demande à la DAJ. Il lui est adressé par le juriste en charge de son dossier.
- Le médecin-conseil désigné rend sur la base des éléments du dossier médical et si besoin d'un examen clinique, sous la forme d'un rapport, un avis sur les causes du dommage, l'existence de pratiques non conformes aux données acquises de la science, le lien entre ces manquements et les dommages constatés et la nature des préjudices. L'évaluation des préjudices est effectuée sur la base d'une nomenclature de référence dite « nomenclature Dintilhac »⁴⁵. Cette évaluation prend également en compte l'état antérieur du patient, avant le fait générateur du dommage.
- Sur la base de ce rapport, la DAJ formulera selon le cas une décision de reconnaissance de responsabilité associée à une proposition d'indemnisation ou rendra une décision de rejet de la demande qui en précisera les motifs.

⁴³ DAJ/ Département de la médiation, de la responsabilité hospitalière et du contentieux des séjours (DMRHCS). Adresse de contact : respmed.daj.sap@aphp.fr

⁴⁴ Art. L. 6154-1 et s., CSP

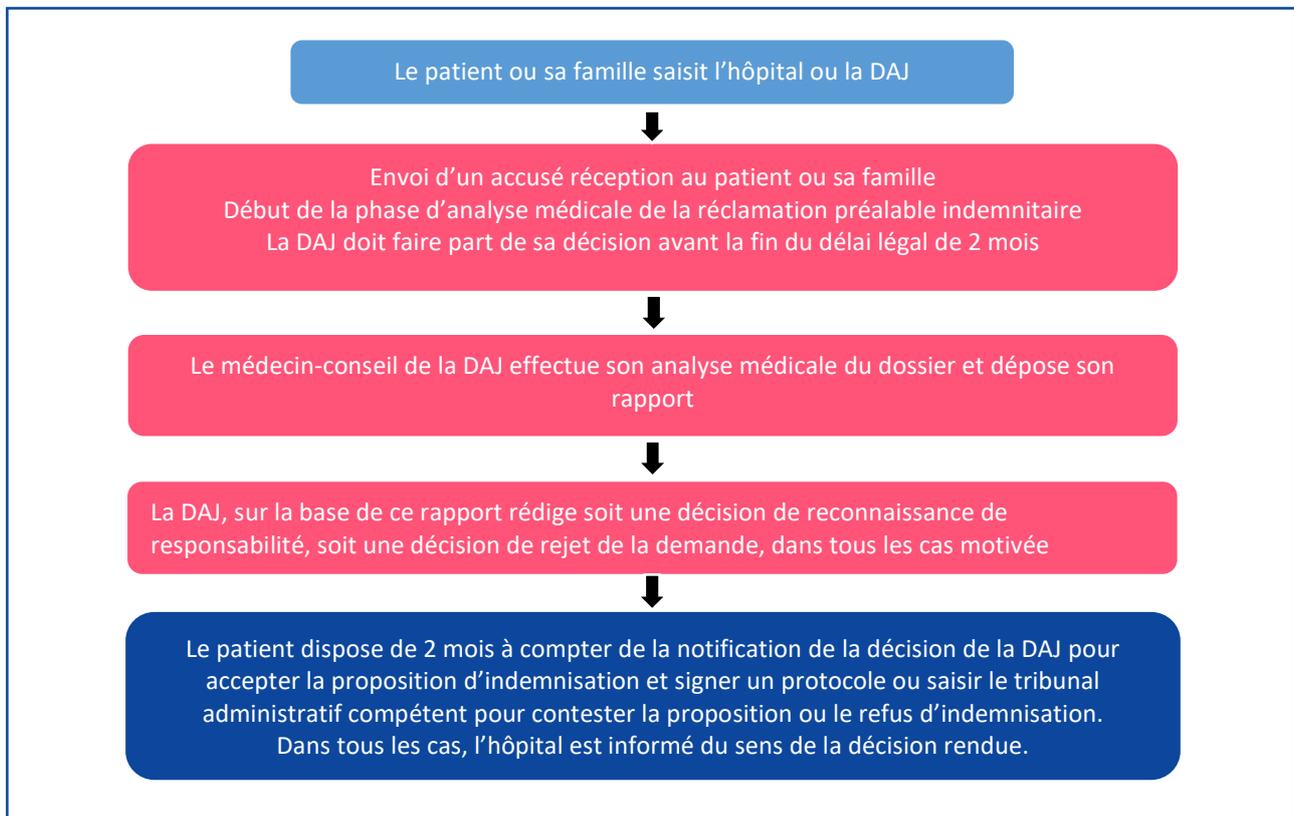
⁴⁵ Nomenclature des postes de préjudices issu du rapport Dintilhac : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/nomenclature-des-postes-de-prejudices-rapport-de-m-dintilhac>

- Si le patient accepte cette proposition, un protocole transactionnel est établi, en deux exemplaires, qui permet l'indemnisation par l'AP-HP. Cet accord éteint toute possibilité d'action contentieuse par la suite, sauf en cas d'aggravation de l'état de santé du patient.

Le patient qui refuse cette proposition peut saisir le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision de l'AP-HP.

- Il conserve également la possibilité de saisir la CCI

Circuit de la réclamation directement devant l'AP-HP



La réparation du préjudice propre aux organismes sociaux

Quelle que soit la procédure, si la responsabilité de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris est retenue, il lui revient d'indemniser non seulement le patient et/ou ses ayants droit de leur préjudice, mais également les organismes sociaux (sécurité sociale, mutuelle, CRAMIF, CNAV...) qui ont été amenés à verser au patient des prestations en lien avec le dommage (cf. recours contre tiers prévu par la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985). Ce mécanisme permet à ces organismes de se substituer à la victime pour récupérer auprès du responsable du dommage (ici l'AP-HP) les sommes qu'ils ont engagées (et engageront, s'agissant des prestations futures) afin de réparer son dommage corporel.

Dans le cadre des procédures devant le tribunal administratif ou devant la CCI, la CPAM d'affiliation du patient est directement prévenue par le tribunal ou la CCI.

Dans le cadre d'une procédure amiable directe auprès de l'AP-HP, il importe d'informer au plus tôt les organismes sociaux des réclamations effectuées par les patients.

Le CRU doit adresser à cet effet à la DAJ, dès réception de la réclamation, le numéro de sécurité sociale du patient et les coordonnées de sa CPAM d'affiliation s'il en a connaissance.

Cas particulier des dossiers concernant des chutes

Pour traiter au mieux les dossiers consécutifs aux chutes de patients, certains éléments d'information sont nécessaires à la DAJ, que le CRU transmettra utilement :

- L'évaluation du risque de chute à l'entrée ;
- Les transmissions traçant la surveillance du patient ;
- Un compte rendu des événements relatés par le cadre du service ;
- La déclaration OSIRIS ;
- Les mesures de prévention générales mises en place par le service ;
- Les mesures individuelles prises : consignes spécifiques données aux patients, alarme à disposition du patient pour solliciter les aides-soignants, matériel mis à disposition (bassin, protections hygiéniques, déambulateur...), mesure de contention, surveillance renforcée etc. ;
- Le compte rendu de la RMM (Revue de Morbi-Mortalité) ;
- Les mesures correctives prises par le service / le GHU

2. La saisine de la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI)

Le patient (ou ses représentants légaux) peut également saisir, dans le cadre d'une procédure là aussi amiable, **la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI), lorsqu'il estime avoir subi** au cours de sa prise en charge **un préjudice présentant un caractère de gravité important** (seuil fixé par décret⁴⁶).

Si le seuil de recevabilité est atteint, la CCI diligentera une expertise médicale et émettra un avis dans un délai de 6 mois sur les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, ainsi que son appréciation sur une indemnisation éventuelle au titre des responsabilités encourues ou de la solidarité nationale, respectivement par l'AP-HP ou par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM).

Quand bien même le seuil de recevabilité indiqué plus haut ne serait pas atteint, l'usager peut également saisir la CCI d'une demande de conciliation.

La commission compétente est celle de la région où a été réalisé l'acte de soins. Les coordonnées des commissions⁴⁷ (qui sont interrégionales) sont accessibles sur le site de l'ONIAM et figurent sur le formulaire de demande d'indemnisation⁴⁸

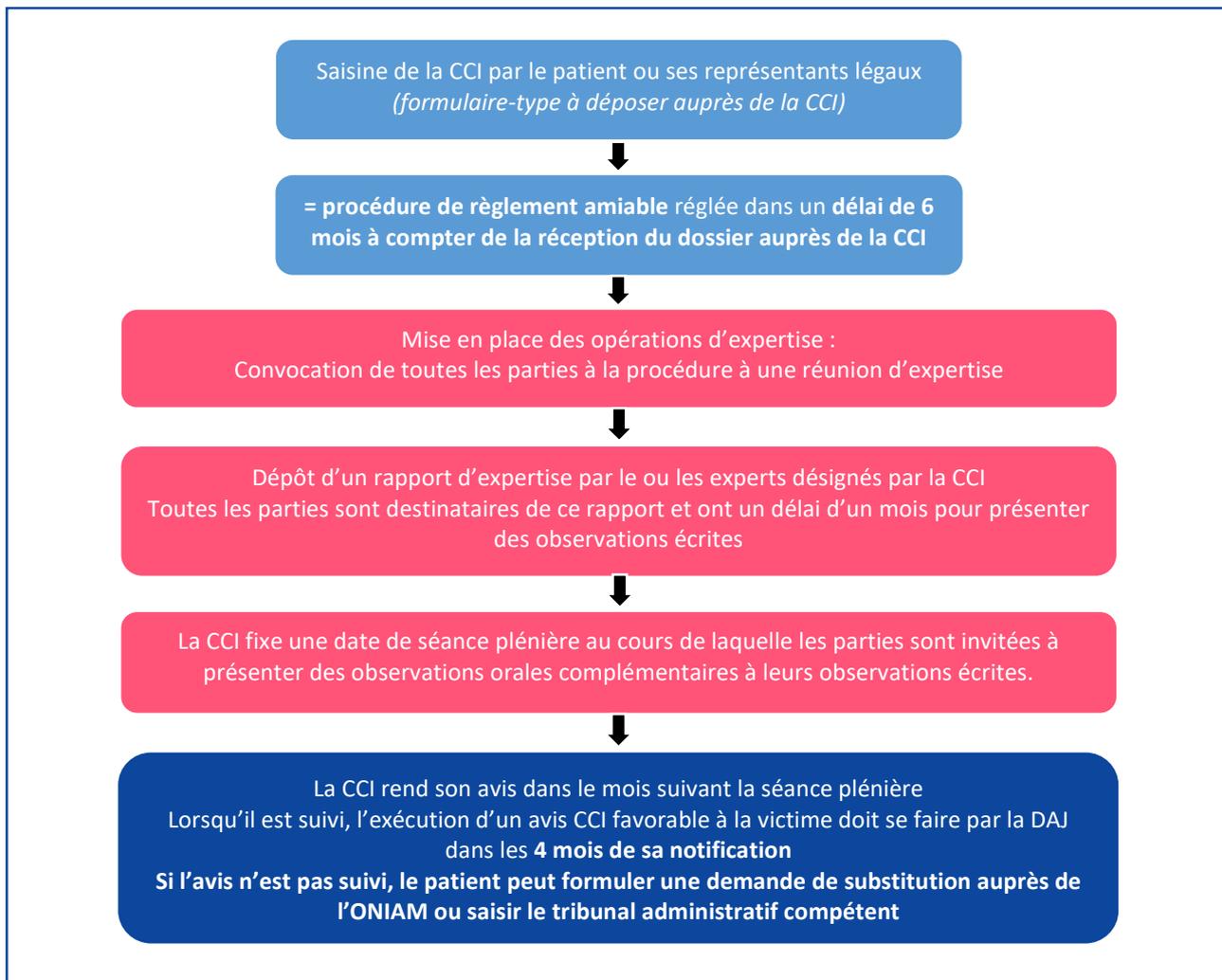
Cette procédure est gratuite pour les victimes : ni frais de procédure, ni frais d'expertise à leur charge. Si l'assistance d'un avocat au cours de cette procédure n'est pas obligatoire, le patient peut décider de s'en adjoindre un ou de se faire assister par la personne de son choix.

⁴⁶ Article D.1142-1 du Code de la santé publique. Sont recevables par cette commission les demandes qui répondent à plusieurs conditions spécifiques : le dommage subi par la victime doit être supérieur au seuil de gravité suivant : un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 % ; ou bien un arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ; ou bien des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ; ou bien et à titre exceptionnel, l'incapacité définitive à exercer l'activité professionnelle exercée avant l'accident médical ou des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

⁴⁷ https://www.oniam.fr/medias/uploads/montreul%20fiches%20pratiques/FP_CCI.pdf

⁴⁸ https://www.oniam.fr/medias/uploads/formulaire%20CCI%202021/Formulaire_%20CCI.pdf

Circuit de la réclamation directement devant la CCI



3. La saisine de la juridiction administrative (TA)

L'utilisateur peut saisir le tribunal administratif en cas d'échec de la voie amiable (demande d'indemnisation directe auprès de l'AP-HP ou de la CCI).

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès de l'AP-HP (DAJ), sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

Il peut également demander directement auprès du tribunal la désignation d'un expert, afin d'apprécier les conditions de sa prise en charge et d'évaluer les préjudices qu'il a subis (procédure de référé). Le tribunal compétent est le tribunal administratif (juge administratif) lorsque la prise en charge du patient est exclusivement hospitalière et le tribunal judiciaire (juge civil) lorsque le patient met également en cause un praticien d'exercice libéral ou une clinique.

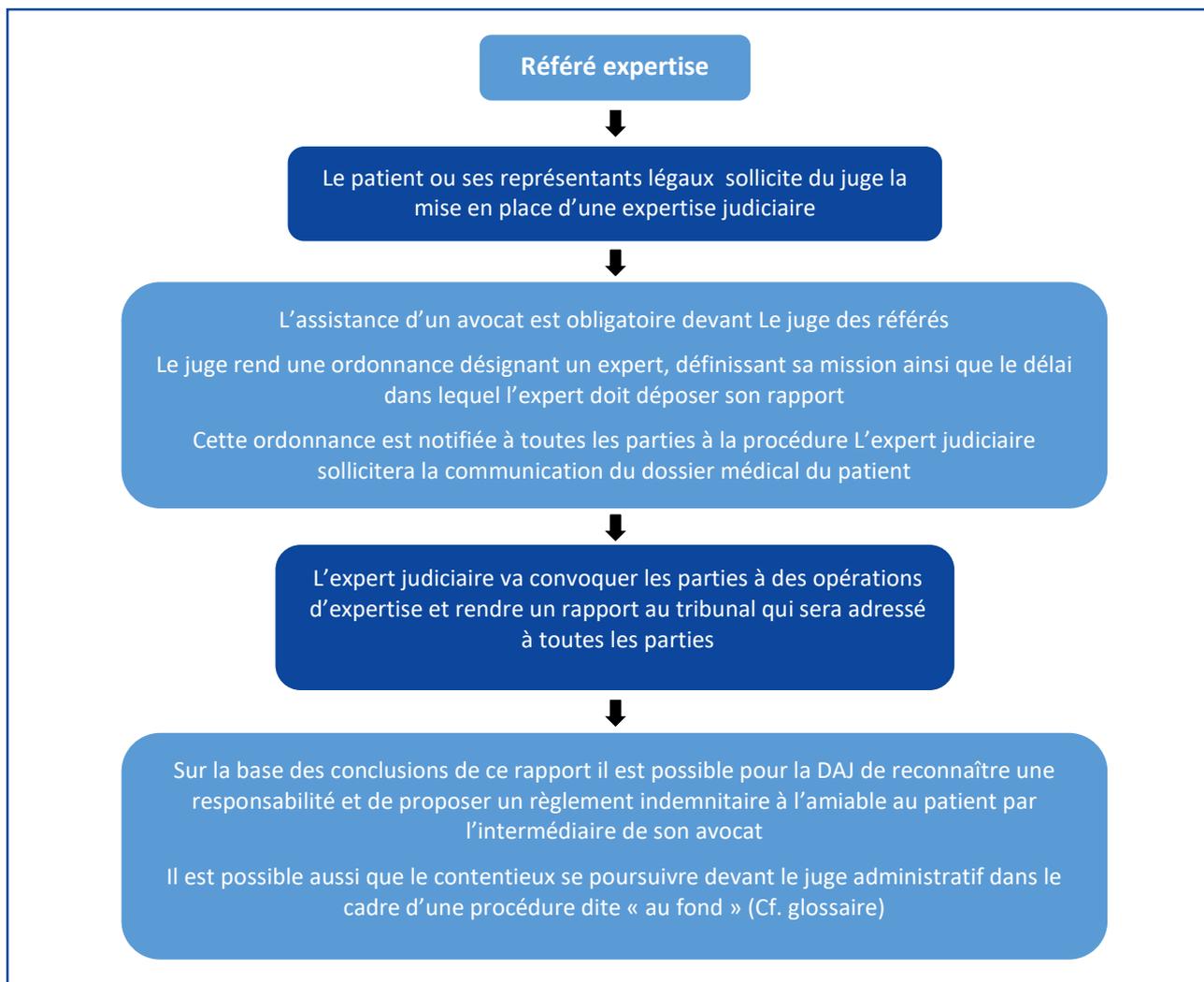
Dans tous, les cas, l'assistance par un avocat est obligatoire pour le patient et ou ses ayants droit et les frais d'expertise sont à la charge du demandeur ainsi que les frais de procédure.

Le médecin-conseil représente l'AP-HP à l'expertise organisée par le tribunal administratif. En général, le jugement intervient dans un délai d'environ un an.

Une fois l'expertise réalisée, s'agissant de la responsabilité propre de l'AP-HP, le juge judiciaire s'il a été saisi doit se déclarer incompétent au profit du juge administratif.

Les jugements du tribunal administratif sont susceptibles d'être contestés devant la Cour administrative d'appel, puis devant le Conseil d'État.

Devant les juridictions administratives : le référé expertise



L'exécution de la décision de justice

Lorsque la responsabilité est fondée, et après calcul du montant de l'indemnisation, fixée poste par poste de préjudice par le tribunal administratif ou la cour administrative d'appel, celle-ci est versée sous forme de rente et/ou de capital au patient ou à ses ayants droit, augmentée le cas échéant des intérêts aux taux légaux. Elle est également versée aux organismes d'assurance maladie ayant pris en charge les dommages.

Lorsque l'AP-HP décide de ne pas suivre un avis de la CCI qui retient sa responsabilité, l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) peut être saisi par le patient d'une demande de substitution pour obtenir le versement de l'indemnisation. L'ONIAM, s'il estime que l'AP-HP a commis une faute à l'origine des dommages indemnisés, dispose alors d'un recours subrogatoire contre l'AP-HP destiné à obtenir le remboursement des sommes allouées à la victime⁴⁹.

⁴⁹ Art. L.1142-15, CSP

Retour auprès des sites concernés

La DAJ adresse la décision de justice (condamnation de l'AP-HP ou rejet) au chargé des relations avec les usagers qui la portera à la connaissance des personnes et services concernés au sein de l'hôpital. Elle l'informe du montant de l'indemnisation versée au patient, à ses ayants droit et aux organismes sociaux selon le cas.

Elle met à la disposition des CRU tous les éléments d'information leur permettant de procéder à une revue des dossiers indemnitaires en cours ou clos relatifs à leur site, pour l'information de la CDU.

La CDU doit être régulièrement informée (une fois par an au minimum) du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'AP-HP par les usagers, pour le site auquel elle est rattachée.

Retour d'expérience

Chaque fois que cela s'avère utile, un retour d'expérience est organisé par le GHU, en lien avec la DAJ, auprès du service concerné avec l'assistance si besoin du médecin-conseil, afin d'améliorer les pratiques et de prévenir de nouvelles anomalies.

La DAJ travaille à cet égard en lien étroit avec la DPQAM.

RÉPONDRE À UNE RÉCLAMATION

La réponse faite à un usager mécontent - patient ou proche - doit être attentive et soignée. Une réclamation n'est pas anodine. Elle révèle des situations anormales, des ruptures de confiance, qu'il ne faut pas éluder. Il faut savoir faire face avec professionnalisme et la réponse sera justement l'occasion de témoigner du professionnalisme de l'établissement.

Les réclamations des usagers sont parfois considérées par les personnels hospitaliers, à tort, comme une mise en cause intempestive ou déplacée de l'hôpital et de ses équipes, alors qu'elles constituent au contraire une véritable opportunité permettant aux équipes d'apprendre de leurs erreurs et d'améliorer les prestations offertes. Si la réclamation d'un usager peut provenir d'un dysfonctionnement ou d'une insuffisance isolée et exceptionnelle, elle peut également être le signe d'une lente détérioration du service. Aussi chaque réclamation doit-elle être traitée avec soin, et enregistrée pour la replacer si besoin dans une vue d'ensemble.

Le fait qu'un usager se donne la peine de formuler une réclamation est souvent le signe d'un attachement à l'hôpital public et de l'image positive qu'il en a. La réponse à la réclamation doit prendre en compte la déception qui s'exprime ainsi et devra rassurer l'usager sur l'engagement des équipes à assurer une prise en charge pleinement satisfaisante. La promptitude à répondre est essentielle à ce titre. Le réclamant doit avoir le sentiment au travers de la réactivité de l'hôpital que sa réclamation est traitée avec l'urgence qu'elle mérite.

En principe, on répondra par le même canal de communication que celui choisi par l'usager : courrier, téléphone, courriel, télécopie..., l'usage du courriel devant être favorisé. Le SMS, si l'usager a ainsi communiqué, doit être proscrit pour lui répondre.

Si besoin, si les éléments de réponse doivent être soigneusement formulés au plan juridique, on les fera valider par la DAJ.

PRENDRE EN COMPTE LE POINT DE VUE DE L'USAGER

On prendra pour principe d'accepter les sentiments du réclamant, en lui permettant d'évoquer ce qu'il a vécu et désapprouvé : colère, découragement, doute, etc..., face aux dysfonctionnements qu'il affirme avoir rencontrés et subis ou du décalage ressenti entre qualité attendue et qualité perçue. On se mettra à la place de l'usager, en sachant faire preuve d'empathie quel que soit son sentiment spontané sur la situation décrite.

L'attitude de proximité, la prise en charge personnalisée et attentive du réclamant sont essentielles de même que la posture professionnelle.

Une réponse individualisée

Les mots et les tournures utilisées dans les courriers de réponse sont d'une grande importance dans la perception qu'aura l'usager mécontent, qui s'estimera souvent négligé ou peu considéré, d'avoir enfin un interlocuteur qui peut lui répondre valablement et avec attention.

Le courrier de réponse ne doit pas avoir l'effet, en donnant un sentiment de désinvolture ou de suffisance, même involontaire, d'augmenter encore le mécontentement de l'usager.

L'hôpital doit formuler l'analyse qu'il fait de la situation exposée par le patient dans un langage que ce dernier soit en mesure de comprendre, simplement.

Des modèles de courriers ou de réponses adaptés à chaque situation ne sont pas souhaitables. L'emploi de formules toutes faites nuit en effet à la sincérité et à la qualité des réponses. Les usagers s'en aperçoivent aisément. De même, on évitera le langage de spécialiste, les acronymes, les termes trop techniques. Les mots doivent autant que possible être simples, courts, vivants et concrets, en allant à l'essentiel. La rédaction d'un courrier de réponse à une réclamation est un exercice difficile. Elle nécessite **précision, tact** et **professionnalisme**.

Précision. L'usager souhaite obtenir satisfaction : qu'on lui donne, par exemple, les explications qu'il attend, qu'on le rassure sur ses droits. Si l'hôpital ou une équipe médicale a commis une erreur ou un dysfonctionnement

lors de sa prise en charge, il attendra que cela soit reconnu et que soient obtenues explications, excuses, rectifications ou réparation.

Tact. L'usager mécontent voudra d'une manière générale que l'on comprenne ses difficultés, que l'on s'intéresse à lui et qu'on le prenne en considération. L'hôpital devra y procéder avec tact⁵⁰.

Dans la réponse faite à un usager mécontent, il est important de respecter **quelques règles**⁵¹, ce qui n'est pas contradictoire avec l'emploi d'un style personnel. Il convient en particulier de :

- Procéder à une lecture attentive du courrier de l'usager avant d'y répondre ;
- Faire un point précis sur les motifs exacts du mécontentement : bien s'informer et documenter, bien comprendre de quoi il s'agit ;
- Ne pas minimiser les conséquences des difficultés rencontrées ;
- Identifier le cas échéant la solution souhaitée par l'usager ; en cas de demande indemnitaire, sa demande doit être formalisée par écrit ;
- Prendre en compte les sentiments qu'il exprime ;
- Exprimer de la compréhension ;
- Savoir présenter des excuses en cas d'erreur, de défaut de qualité d'une prestation ou de comportement incorrect, une fois ces derniers biens vérifiés ;
- Justifier le cas échéant par des explications appropriées les changements de position de l'hôpital.

Professionnalisme. L'usager mécontent s'adresse à l'hôpital, à son directeur, ou à tout autre responsable de l'établissement. Il ne supportera pas que l'on ne prenne pas sa réclamation au sérieux (« votre désagrément doit être relativisé », « nous faisons ce que nous pouvons »). Tout agent de l'hôpital en contact avec les usagers réclamant doit être instruit à se positionner comme un interlocuteur impliqué dans la résolution du problème soulevé. L'usager attend une réponse, un interlocuteur responsable et concerné : il sera encore plus mécontent s'il a le sentiment que l'on se défasse en renvoyant à la défaillance d'un tiers (fournisseur, autre service ou établissement) ou à l'intervention d'une autre personne (« vous devriez écrire au responsable médical, à mon collègue, etc. »). On évitera de faire part à l'usager de difficultés internes.

Enfin, la gestion orale des réclamations induit un savoir-faire : écouter sans interrompre, garder son sang-froid, prendre le ton en moins fort, répondre simplement ; reprendre les mots du réclamant et ramener aux faits sans brusquer ; argumenter clairement la réponse et préciser les actions qui vont être mises en place pour résoudre les difficultés signalées par l'usager ; s'abstenir de tout engagement qui pourrait s'avérer illusoire ; en cas de dérapage (demande de passe-droit, etc.) ou d'injure, signaler courtoisement l'incivilité d'une attitude et recadrer :

« Votre attitude n'est pas recevable. Merci de rester correct(e) si vous souhaitez que nous parlions ».

Six attitudes-clés, tout particulièrement pour les réclamations orales⁵² :

- La confiance a priori
- L'écoute active
- L'empathie, le sourire
- La prévenance
- L'intelligence et le discernement dans l'application des procédures
- La vérification de la satisfaction effective de l'usager

⁵⁰ Tact : « appréciation intuitive, spontanée et délicate, de ce qu'il convient de dire, de faire ou d'éviter dans les relations humaines » (Le Petit Robert)

⁵¹ V. notamment J. Landel, *Mieux répondre aux réclamations*, éd. d'Organisation, 2^e éd. 1996

⁵² Ph. Détrie, *Les réclamations clients*, éd. Eyrolles, 3^{ème} éd., p. 63

Adapter la réponse à la demande exprimée par l'utilisateur

Un usager mécontent peut exposer dans un même courrier plusieurs motifs de mécontentement, certains étant principaux, d'autres secondaires. Dans la réponse qui lui sera adressée, l'utilisateur sera déçu si l'on traite un motif et pas les autres. Il pourra juger alors qu'un élément du dysfonctionnement est éludé à tort comme une fatalité et que l'hôpital y est décidément indifférent. Il sera alors enclin à faire connaître son mécontentement avec plus de force. La réponse à un courrier de réclamation doit donc être précise et exhaustive.

En règle générale, c'est le directeur de l'hôpital ou le chargé des relations avec les usagers (CRU) qui répondra directement à l'utilisateur.

Ce principe a son importance à l'hôpital : les griefs sont souvent exprimés par l'utilisateur à l'encontre d'un agent ou d'un service déterminé. On évitera de faire répondre ceux-là même qui sont en cause. La persistance du litige rendra en effet difficile à l'interlocuteur hospitalier concerné de donner des explications satisfaisantes, sans se déjuger ou sans répéter les mêmes justifications qui n'ont pas satisfait une première fois l'utilisateur.

On retiendra comme ligne de conduite de ne pas joindre directement au courrier de réponse les éléments d'explication fournis par le ou les services concernés (par exemple, le rapport du responsable de service) : il s'agit en effet d'éléments de l'enquête interne qui la plupart du temps n'ont pas été rédigés pour être adressés directement à l'utilisateur.

Tout est cependant affaire de circonstances : lorsque le litige porte sur des aspects médicaux, il est préférable de laisser le responsable de service répondre directement. Comme cela a été indiqué (v. supra) ceci permet d'éviter à la fois de solliciter des informations couvertes par le secret médical ou de formuler des explications techniques non maîtrisées. Une précaution est dans ce cas de charger par écrit le chef de service de la réponse et de lui demander de préciser dans sa réponse au patient qu'il agit à la demande du directeur. La réponse sera portée à la connaissance de la CDU.

Autant que possible, les responsables du service associeront le personnel mis en cause au traitement des réclamations afin de bien documenter la réponse, de lui faire prendre conscience des problématiques posées par la réclamation et de l'impliquer si besoin dans la mise en œuvre d'actions d'amélioration : échanges et explications avec l'encadrement, relecture du projet de réponse, etc.

Si les griefs dirigés vers une personne en particulier sont fondés, mieux vaut présenter des excuses, sans insister :
Exemple :

« Je regrette les difficultés exposées dans votre lettre et je vous prie de bien vouloir nous en excuser » ou bien « J'ai bien pris note de vos observations sur la façon dont vous avez été informé (...), que je regrette (...) ».

Si les griefs ne semblent pas fondés, il faut éviter de prendre parti. A l'utilisateur qui se plaint du manque d'amabilité d'un agent de l'hôpital au téléphone, on n'écrira pas :

« Votre appréciation sur le comportement de Monsieur X. nous étonne... » ou « Contrairement à ce que vous pouvez penser, M. X. est très aimable avec nos malades »,

mais plutôt :

« Je suis désolé(e) des faits tel que vous les relatez sur cet échange téléphonique. Cela ne correspond pas à ce que les patients sont en droit d'attendre (dans son ton, sa forme...) ... ».

Lorsqu'il écrit, l'utilisateur communique volontairement ou non des informations sur lui-même. Celles-ci peuvent être exploitées, sans exagération.

La manière dont l'utilisateur s'exprime, sa maîtrise de la langue française peuvent apporter des indications sur son environnement social et culturel et sur sa faculté de compréhension des mécanismes en jeu dans le fonctionnement de l'hôpital.

Si l'utilisateur s'exprime avec maladresse, s'il ne semble pas comprendre ce qui lui arrive, il n'en est que plus nécessaire de se mettre à sa portée :

- Donner des explications simples, dans un langage que le patient est en mesure de comprendre ;
- Inviter l'utilisateur à prendre contact par téléphone ou avec un responsable du service (qui en sera prévenu),
- Apporter s'il souhaite davantage d'explications.

Le fait de se mettre à la portée de l'utilisateur est important. Mais il ne doit rien exprimer qui puisse être perçu comme un excès de familiarité ou un manque de considération.

Répondre par téléphone ou par courriel ?⁵³

La réponse à cette question dépend principalement de la façon dont l'utilisateur a formulé lui-même sa réclamation. La réponse par courrier « classique » doit être privilégiée pour toute réclamation présentant un caractère de gravité manifeste ou qui requiert un formalisme « officiel » ou une certaine solennité administrative. La lettre portant le logo de l'hôpital est une marque de respect et de prise en considération par l'institution hospitalière.

La réponse par téléphone, pour les réclamations simples et courantes, présente de nombreux avantages : l'utilisateur n'est pas obligé de se déplacer ou d'écrire ; il perçoit une image de réactivité et peut être écouté, préciser ses griefs ou un contexte ; en cas de désaccord, l'échange des points de vue est plus rapide et l'oralité permet de dire des choses qu'il serait compliqué ou maladroit d'écrire.

En revanche, l'échange téléphonique requiert une complète disponibilité (on favorisera si besoin le rendez-vous téléphonique) et ne favorise pas le recul. Surtout, il reste immatériel : l'hôpital doit dans cette hypothèse veiller à tracer ce qui est échangé et à accuser réception par écrit par la suite. Il faut inviter l'utilisateur à laisser ses coordonnées à cette fin.

Les avantages d'une réponse par courriel sont également multiples : la réactivité, la rapidité d'acheminement, la gratuité pour la même valeur juridique qu'un courrier, l'absence de contrainte horaire, le moindre formalisme de la réponse facilitant en principe la compréhension, la possibilité de transfert rapide en interne, un meilleur archivage et la rapidité pour rechercher la réclamation si besoin.

En revanche, le courriel pourra être associé à une prise de distance et sera souvent peu adapté à une discussion sensible.

Demeurer neutre et cordial

L'utilisateur insatisfait a tendance à exagérer ses difficultés : il peut être agacé, en colère et souhaiter le faire savoir. Il supporte mal l'absence de réponse immédiate, l'inaction ou toute expression de fatalisme. Conscient de son impuissance, il menace parfois de saisir les associations de patients, les médias, la justice, etc., se montre désagréable, ironique...

L'outrance des propos tenus dans ces circonstances est parfois un argument affirmé pour ignorer la réclamation et refuser de s'expliquer. Posture dont il faut absolument s'abstenir.

Lorsque l'utilisateur exprime une opinion de façon volontairement désagréable et quelle qu'en soit l'intensité, il est important de prendre en compte les raisons de son « humeur » et sa sensibilité particulière au problème qu'il rencontre. On se gardera de répondre sur le même ton, ni d'oublier que le patient exprime son sentiment personnel, tandis que ce n'est pas le cas de la personne qui va lui répondre : celle-ci écrit au nom de l'hôpital et doit en toute circonstances donner des gages de bonne volonté, avec des propos d'apaisement.

La tournure agressive d'une lettre est le plus souvent un témoignage du degré de mécontentement et de défiance. Elle peut également refléter, avec un excès délibéré, la volonté d'être écouté ou pris en considération. Il faut montrer que l'on n'y est pas insensible.

⁵³ Id., p. 67

Ceci précisé, tout est bien entendu question de mesure. Les propos injurieux et les violences écrites ou verbales doivent donner lieu systématiquement à une mise au point, qui seule peut permettre de recadrer l'échange vers un traitement efficace de la réclamation.

On procédera de même :

- Pour les lettres de réclamations qui dénotent à l'évidence, par leur incohérence manifeste, une instabilité psychique : il convient là aussi de s'attacher rigoureusement aux faits, afin de placer l'examen de la réclamation sur le terrain qui permette une argumentation rationnelle et concise ;
- Pour les lettres qui manifestent un mécontentement résultant de la non obtention d'un avantage indu, d'un « passe-droit », en fonction d'une position sociale ou pour toute autre raison (demande de consultation immédiate, de stationnement dans des conditions excessivement dérogatoires...) : une référence aux principes du service public hospitalier et à l'égalité de traitement des usagers s'impose alors, sans mésestimer les insuffisances du service qui peuvent être alors pointées.

Exemple :

« Je comprends votre déception de ne pouvoir obtenir plus tôt un rendez-vous à la consultation (...), mais une inscription en surnombre nuirait à la qualité des soins dispensés aux patients inscrits antérieurement à votre demande ».

Le respect de l'équité ne doit cependant pas restreindre l'attention individualisée due à chaque patient et les aménagements qui peuvent être organisés pendant son séjour.

L'usager est seul juge de la qualité, telle qu'il a pu la percevoir

Rien n'est moins convaincant que les témoignages d'autosatisfaction.

Exemples :

« Vous avez été pris en charge par une équipe médicale de grande réputation » ou « Notre établissement fait référence dans cette spécialité... ».

Ces affirmations peuvent indisposer l'usager qui a été confronté à des situations qui lui ont démontré le contraire ou à des dysfonctionnements qui ne sont pas justifiés par une prétendue excellence des soins. Il jugera par conséquent dans sa réclamation que l'on refuse d'admettre qu'il puisse avoir une appréciation différente, et contestera qu'il a eu de la chance, qu'il a tort de réclamer.

Par ailleurs, on constate souvent à l'hôpital, lorsqu'un dysfonctionnement est signalé, que le comportement ou la prestation technique des agents ou des équipes pris isolément n'ont pas présenté de défaillances notoires : en revanche, la coordination des interventions est en cause. Or, le patient n'a cure des justifications sur la compétence des différents professionnels, si in fine, la prestation n'est pas satisfaisante.

Le patient est le mieux placé pour évaluer la qualité de sa prise en charge et d'une manière générale des services qui lui sont rendus.

Dans la réponse, il faut mieux déplorer les difficultés rencontrées et insister sur les mesures prises pour les prévenir à l'avenir, plutôt que de les nier.

Toutefois, la réclamation peut-être manifestement non fondée. Dans cette hypothèse, délicate à gérer, on recherchera d'abord, de vive voix de préférence, à se mettre d'accord avec le réclamant sur la nature de sa réclamation. On expliquera calmement, avec empathie et de la façon de la plus pédagogique possible, le contexte et les raisons des faits contestés, la justification de telle ou telle facturation, de telle ou telle décision administrative. Et on fera preuve de souplesse pour trouver si possible une solution acceptable.

Tenir l'utilisateur informé de l'état d'avancement du traitement de sa réclamation

Il doit être accusé réception de chaque réclamation reçue, par retour de courrier (v. infra). Ceci ne s'opposant à une réponse complète et immédiate, s'agissant d'une réclamation dont la résolution est simple.

Accuser réception ne signifie pas répondre à la réclamation. L'utilisateur est ainsi informé du délai nécessaire pour l'analyse de la réclamation et pour l'envoi d'une réponse documentée. Le délai annoncé sera perçu par l'utilisateur comme un engagement de l'établissement. Son respect contribuera au sentiment d'un traitement sérieux de la réclamation.

Lorsqu'un délai supplémentaire est nécessaire (le praticien responsable est en congé, l'enquête est plus compliquée qu'initialement prévu...), il est utile de le préciser au patient.

Traiter au plus vite les réclamations permet d'éviter les phénomènes d'amplification, de ressentiment. Mais la réactivité ne doit pas empêcher de se donner le temps d'une analyse sereine. Aussi bien faut-il donner les bonnes informations au bon moment sans aller trop vite dans les conclusions, ni faire des promesses irréalistes sur un délai de réponse qui a peu de chances d'être tenu. Les problèmes importants peuvent nécessiter une analyse de causes et la mise en œuvre d'un plan d'action. Accuser réception permet de se donner le temps de bien procéder. A l'inverse, il ne doit pas constituer prétexte à une réponse tardive.

En cas de décès

La réponse à une réclamation évoquant le décès d'un patient est souvent délicate. Il n'est pas toujours aisé de trouver le ton et les mots appropriés.

Il est important de présenter des condoléances, en principe au début de la réponse :

« J'ai appris en recevant votre lettre le décès de votre (...), et je vous prie avant toute chose de recevoir de notre part (ou : de notre établissement) toutes nos condoléances ».

Dans un contexte où le répondant n'était pas initialement informé du décès et n'était pas directement en charge de la prise en charge, ces condoléances doivent être simples et dépourvues de toute emphase. De manière générale, le temps des condoléances ne peut dépasser les semaines et les mois qui suivent le décès, sauf à donner un sentiment de tournure toute faite dont on épargnera le réclamant.

SOIGNER LA FORME

S'agissant d'une réponse écrite, le contact visuel avec le courrier est décisif. Il doit inciter à ne rien laisser au hasard, qui marquerait un manque de professionnalisme ou de la désinvolture. Il faut ainsi utiliser des caractères faciles à lire, soigner la présentation de la lettre, la disposition des paragraphes, etc.

La lettre doit montrer qu'elle a fait l'objet d'une rédaction individualisée. Elle doit comporter en haut, à gauche et de façon lisible et la plus précise possible⁵⁴ :

- Le nom et l'adresse du service qui répond ;
- Le nom de la personne en charge du dossier et son numéro de téléphone (si possible sa ligne directe et non le numéro du standard) ;

⁵⁴ Art. 4 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations
« Dans ses relations avec (...) les établissements publics à caractère administratif (...), toute personne a le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui la concerne ; ces éléments figurent sur les correspondances qui lui sont adressées (...). Toute décision prise par l'une de ces autorités administratives comporte, outre la signature de son auteur, la mention, en caractères lisibles, du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci ».

- Les intervenants de la procédure de traitement des réclamations (v. supra)

La qualité du signataire doit toujours être précisée.

On évitera le style administratif (condescendant, ampoulé, impersonnel), les tournures qui montrent que l'on n'est pas concerné ou qui, au fond, ne veulent rien dire. On adoptera plutôt un style clair, concis, précis, allant à l'essentiel, évitant de même tout jargon, sigles ou abréviations, ainsi que les phrases stéréotypées du genre : « *l'AP-HP soucieuse de satisfaire ses patients...* ».

Il est conseillé de :

- S'impliquer en utilisant le « je ». Pourtant, si le « je » personnalise davantage un courrier, le « nous » reste nécessaire lorsque l'on exprime la position de l'hôpital ou de l'Institution. Les deux peuvent être employés ensemble.

Exemple :

« J'ai le plaisir de vous informer que nous sommes parvenus à reconstituer votre dossier médical jusqu'alors archivé dans deux services distincts de l'hôpital... »

- Montrer au patient que l'on prend ses intérêts à cœur :

Exemples :

« Je suis intervenu ce matin même pour que votre dossier médical parvienne à votre médecin traitant au cours des tout prochains jours » ;

« Je demande à nos services un traitement accéléré de votre dossier de frais de séjour, afin de mettre fin au plus tôt à vos difficultés » ;

« L'équipe du Pr. X a été particulièrement sensible aux difficultés dont vous avez témoigné ».

Les termes d'un courrier de réponse à une réclamation doivent se succéder dans un ordre logique :

- reformulation ;
- argumentation ;
- conclusion ;
- et formule de politesse (et le cas échéant d'excuses).

On tiendra compte des difficultés linguistiques manifestes dont témoignent le cas échéant la lettre du réclamant ou plus généralement les échanges avec lui. L'assistance d'un interprète ou d'un traducteur sera le cas échéant nécessaire.

Résumer la demande

Par la reformulation, on montrera à l'utilisateur que sa lettre a été lue avec soin et que le sens de sa demande a été compris. Cette marque de considération et de politesse posera par ailleurs les bases de la discussion, à partir desquelles le raisonnement pourra s'articuler de manière cohérente.

Il convient ainsi de se mettre d'accord sur le contenu précis de la réclamation. Le bénéfice du doute sera accordé au réclamant : il sera présumé avoir raison jusqu'à ce que la preuve du contraire en soit le cas échéant apportée.

Plus l'on est précis et transparent sur les dysfonctionnements et leurs origines, plus l'on est susceptible d'entraîner la conviction... ou l'indulgence.

Exemples :

Il est conseillé de commencer la lettre de réponse ainsi :

« Je viens de prendre connaissance de votre lettre du... qui évoque... » ou bien *« Par votre lettre du..., vous avez souhaité appeler notre attention... »*.

La reformulation, si un seul grief est formulé, ne doit en principe pas dépasser une phrase :

« Vous contestez d'avoir à payer une consultation médicale, puisqu'après un bref examen médical, vous avez été dirigé vers un autre hôpital... ».

Il ne faut pas confondre « reformulation » et « rappel historique des faits » : celui-ci peut être nécessaire, mais il peut également être fastidieux et indisposer le lecteur.

Si le courrier comporte plusieurs griefs, il faut les reformuler successivement en y apportant réponse.

« Votre réclamation concerne :

- La durée d'attente que vous avez subie avant le début effectif de la consultation... Sur ce point...*
- Le mauvais accueil qui vous a été réservé... »*.

Il est en effet préférable de traiter chaque objet séparément, au moyen d'une reformulation, d'une argumentation et d'une conclusion distinctes. De cette manière, les problèmes sont évoqués les uns après les autres et l'on parvient à se mieux faire comprendre.

L'absence de réponse à tel ou tel volet de sa demande sera cause de déception et l'utilisateur conservera l'image d'un hôpital désinvolte et qui élude les explications.

Mais si l'utilisateur exprime une litanie de griefs, on pourra le cas échéant éviter de lui répondre point par point, demeurer dans des généralités et retenir les points qui paraissent essentiels :

« Je retiens en particulier, parmi tous les désagréments que vous avez subis..., que vous avez été contraint d'attendre... Vous évoquez par ailleurs... » ou bien *« Nous sommes sensibles à toutes les difficultés que vous avez rencontrées parmi lesquelles... »*.

Chaque fois que l'utilisateur exprime une opinion désagréable, il n'est pas possible d'y rester insensible. Il faut au contraire exprimer sa compréhension, sans pour autant partager nécessairement son point de vue.

Le plus souvent, l'utilisateur souhaite en effet faire comprendre les difficultés de sa situation. Il demande que l'on abandonne le regard de « technicien », voire de « bureaucrate », que l'on se mette à sa portée.

Si l'utilisateur se plaint d'une difficulté quelconque (incompréhension de la part de l'hôpital, impolitesse, délais anormaux, etc.), il faut exprimer des regrets d'une manière ou d'une autre.

Exemples :

« Je comprends vos difficultés » ; « Je les regrette » ; « Je déplore les faits que vous exposez » ; « Je comprends vos réactions ».

En cas de faute ou d'erreur avérée, il convient de présenter des excuses (v. *infra*).

Si l'utilisateur exprime une crainte, une inquiétude (notamment de représailles de la part d'une équipe soignante), il faut le rassurer :

« Tout d'abord, je tiens à vous rassurer... » ; « Mme X. qui assure l'encadrement infirmier du service, s'occupe dès à présent de rétablir pour votre parent une situation normale ».

Les griefs de l'utilisateur peuvent sembler clairement infondés. Il faut dans ce cas éviter de lui donner l'impression qu'il exagère ses difficultés, ce qui serait contraire au but recherché. La reformulation doit être la plus neutre possible et en aucun cas, ce que ressent l'utilisateur ne doit donner lieu à un jugement de valeur ; il risque à défaut d'être mal perçu et d'indisposer.

Exemple :

« Nous sommes conscients que votre accueil au service des urgences ne s'est pas déroulé dans les conditions que vous souhaitiez... » , « Nous sommes sensibles à vos difficultés... ».

EXPLIQUER ET ARGUMENTER

Toute réponse, négative ou positive, doit être argumentée afin que l'utilisateur en comprenne les motivations.

En un ou plusieurs paragraphes, il faut expliquer au patient les raisons qui amènent l'hôpital à prendre telle position, en des termes de nature à emporter sa conviction.

On exprimera ses arguments dans un ordre qui satisfasse le raisonnement et la chronologie des faits.

Si l'on a plusieurs arguments à faire valoir, on sera :

- Plus clair, si l'on formule chacun d'entre eux dans un paragraphe différent ;
- Plus convaincant, si on les classe par ordre d'importance ou si l'on se limite aux seuls arguments susceptibles d'emporter la conviction.

Il faut être simple, éviter les explications trop techniques, essayer de se mettre à la portée du lecteur peu familiarisé avec le langage hospitalier en utilisant des termes usuels.

A défaut, on risque en effet de ne pas se faire comprendre et de provoquer une nouvelle réclamation. Certains patients croiront en effet que l'on emploie à dessein un langage technique afin de couper court à toute discussion. Ils percevront alors l'hôpital comme une institution qui refuse le dialogue.

Il est nécessaire à la fois :

- D'éviter de mettre en avant des références à des lois et règlements (elles pourront, en cas de besoin, être notées entre parenthèses). Une réponse fondée sur de seuls textes pourra en effet donner l'impression que les lois sont plus importantes pour l'hôpital que les personnes ;
- D'éviter les sigles et les termes trop techniques (notamment à caractère médical ou financier), qu'un usager non averti a du mal à comprendre et qui peuvent être supprimés ou remplacés par des mots simples sans altérer le sens de la phrase.

« En préparant la réponse, vos services ne doivent pas s'en tenir exclusivement à une analyse juridique étroite du problème posé. Il faut qu'ils prennent aussi en compte les considérations de fait qui peuvent être pertinentes. La rigueur du raisonnement juridique ne doit pas exclure le sens de l'équité, en particulier lorsque l'administration a le choix entre plusieurs solutions juridiquement acceptables. Je souhaite que les recours administratifs soient examinés non seulement sous l'angle du droit, mais aussi avec la volonté de parvenir à un arrangement satisfaisant dans tous les cas où cela est juridiquement possible et n'est pas contraire aux intérêts généraux dont le service public a la charge ».

Extrait de la circulaire du Premier ministre du 9 février 1995 relative au traitement des réclamations adressées à l'administration.

Il faut être convaincant, exprimer des faits plutôt que des affirmations de principe du genre :

« L'équipe du service des urgences fait toujours du mieux qu'elle peut pour prendre en charge rapidement les malades » ou *« La qualité de l'accueil dans ce service nous a été confirmée par de nombreux patients ».*

On préférera :

« Un afflux inhabituel de patients à cette heure, parmi lesquels des patients gravement affectés, a retardé le moment où vous avez pu être soigné... ».

Lorsqu'une règle est énoncée à l'appui de l'argumentation, il faut s'efforcer de donner les raisons qui la justifient ; ceci à plus forte raison lorsque le patient en conteste le bien-fondé.

« Les places de stationnement, en nombre très limité à proximité des urgences, sont strictement réservées aux véhicules du SAMU, afin de faciliter prioritairement l'accès des patients gravement affectés... ».

« Les téléviseurs doivent être utilisés uniquement avec des écouteurs à partir de 21 heures, car beaucoup de patients se plaignent d'être gênés par la télévision ».

Il est recommandé de ne pas chercher à justifier en toutes circonstances, par des explications en réalité non convaincantes. Et de ne pas expliquer en détail pourquoi on a tardé à répondre, pourquoi les difficultés exposées par l'utilisateur ne sont pas du fait du service (mais de celui du patient, d'un autre service ou d'un malheureux concours de circonstances, etc.).

Exemples :

« Votre demande de transmission du dossier médical, qui avait été constitué lors de votre séjour en 2015, ne nous a été adressée que le ... » ;

« En raison d'une erreur de manipulation dans le laboratoire de (...), qui est en travaux... » ;

« Notre système informatique, qui fonctionne en réseau est très sensible à des coupures d'électricité comme celle survenue le jour de votre consultation : votre fiche de circulation n'a pu être éditée pour cette raison... ».

Ces formulations, à connotation administrative, sont maladroites. D'une manière générale, le patient mécontent ne cherche pas à connaître les raisons d'une erreur ou d'un retard : seule lui importe vraiment la satisfaction rapide de sa demande et les excuses pour un service qu'il estime *in fine* être défaillant.

Il vaudra mieux :

- Indiquer clairement que la situation relatée par le patient n'est pas normale ;
- Présenter d'emblée ses excuses ;
- Ne pas se justifier, à moins que le dysfonctionnement ne résulte pas de l'hôpital (mais d'un autre établissement par exemple) ou présente un caractère exceptionnel.

Il faut alors s'expliquer succinctement, avec précaution, et s'excuser.

« Ceci explique, sans le justifier, le délai mis à vous répondre ».

Il est important de toujours expliquer au patient les raisons du changement d'attitude. Par exemple, si une erreur a été commise (de calcul pour des frais de séjour, dans un rendez-vous de consultation, etc.), il faut la reconnaître spontanément, s'en excuser et réparer l'erreur.

Aboutir à une conclusion

Comme la reformulation, la conclusion d'une réponse présente un caractère technique (la position prise) et relationnelle (la note personnelle de conclusion).

La conclusion traduira la position de l'hôpital. Elle devra se déduire logiquement de l'argumentation. Il faut donc éviter qu'elle ne la précède. Si la lettre commence par la conclusion, cela n'incite pas le lecteur à prendre connaissance des arguments qui justifient la position de l'hôpital. Il sera difficile de le convaincre. Lorsque le dossier présente des aspects complexes et que des explications écrites risquent de ne pas suffire, il est conseillé, quand le contexte s'y prête, de rechercher un terrain d'entente, une solution négociée. Pour cela, il peut être utile de chercher à joindre l'utilisateur par téléphone ou bien il peut lui être proposé un rendez-vous.

La conclusion doit évoquer les solutions qui demeurent ouvertes au patient si on ne lui donne pas satisfaction : l'appel au médiateur médical ou non médical, la saisine de la CCI, les voies de recours juridictionnelles.

Montrer à l'usager, en toute sincérité, que l'établissement est navré de la situation qui lui est exposée ou constater avec lui la mauvaise qualité du service, nécessite à chacun de trouver le ton juste qui convient le mieux.

Exemples :

« Croyez bien que nous regrettons » ; « Je comprends bien que vous ayez été désappointé(e)... » ; « Nous aurions aimé pouvoir vous donner satisfaction ».

On évoquera le cas échéant, avec le réclamant, le traitement de la réclamation en elle-même. A-t-il été satisfait de la façon dont l'établissement a pris en compte la réclamation, planifié et mené les actions de correction et d'amélioration... le cas échéant organisé la suite de la prise en charge ?

On indiquera le souhait de l'établissement que l'usager a bien reçu les informations ou les documents qu'il souhaitait. Et on conclura le cas échéant sur une invitation à recontacter l'hôpital si tel n'était pas le cas.

Exprimer des regrets, présenter des excuses

Lorsqu'une erreur a été commise ou qu'a été rendu un mauvais service, la politesse veut que l'on exprime des regrets voire que l'on présente des excuses. Certains courriers de réclamation ont pour principal objet de se plaindre de ne pas avoir reçu les excuses auxquelles l'usager s'attendait. Autant le faire spontanément.

Exprimer des regrets n'est pas pour autant reconnaître que le patient a droit à une indemnité. Encore faudrait-il pour cela que l'erreur ait été la cause d'un préjudice indemnisable.

La plupart du temps, ce n'est pas le cas et le patient n'en tiendra pas rigueur à l'hôpital s'il reçoit des excuses présentées dans de bonnes conditions. En revanche, si l'on n'y procède pas, le patient sera souvent indisposé et incité à réclamer, à défaut de la réparation morale à laquelle il s'attendait, une indemnisation financière.

Le directeur ou le chargé des relations avec les usagers présentera des excuses, quand bien même le dysfonctionnement n'est pas directement de son fait, du moment qu'il provient de l'hôpital. Il mettra ainsi en avant la solidarité et le travail d'équipe au sein de l'hôpital.

L'excuse est un art difficile, surtout lorsqu'elle constitue l'objet essentiel d'une lettre.

Voici quelques conseils :

Ne pas « en rajouter ». La plupart du temps, une formule générale peut suffire :

Exemples :

*« Je regrette les difficultés que vous avez rencontrées et je vous prie de nous en excuser » ;
« Nous devons vous présenter nos excuses pour ne pas vous avoir fourni la qualité de service que vous étiez en droit d'attendre ».*

On insistera sur les mesures prises pour remédier aux dysfonctionnements :

Exemples :

*« A la suite de votre réclamation, nous avons pris au sein de l'équipe les mesures (préciser lesquelles) qui s'imposaient pour résoudre les problèmes que vous aviez signalés » ;
« J'ai fait prendre les mesures nécessaires pour que ce type d'incident ne se renouvelle pas... » ;
« Je vais demander à l'équipe concernée de faire preuve de plus de discernement à l'avenir... ».*

On remerciera le patient, sans emphase, de son témoignage, pour avoir signalé les dysfonctionnements.

Exemples :

« Je vous remercie de votre intervention qui m'a donné l'occasion de rappeler à mes services... » ; « Votre témoignage nous a permis de nous rendre compte de ces difficultés..., « Il a participé à l'amélioration de la qualité au sein de nos équipes »

De cette manière, on peut tirer parti d'une expérience négative et montrer que l'hôpital est capable d'assumer ses erreurs et de s'améliorer.

Déboucher sur des actions correctives

Le traitement des réclamations n'a de sens, outre le fait d'apporter une réponse au mécontentement de l'utilisateur, que s'il a pour perspective une amélioration du « service » hospitalier, dans ses différentes dimensions : volet médical et soignant, bien-être, prise en charge continue et homogène des patients, qualité de l'information, qualité de l'accueil.

La réponse à la réclamation doit logiquement déboucher, si un manquement ou une insuffisance du service est constatée, sur des mesures correctives. Elles seront :

- individuelles : apporter une solution aux difficultés présentes ou à venir du patient, lorsqu'elle est possible,
- collectives, pour les autres et futurs usagers : tirer les conséquences de comportements anormaux ou d'une organisation défectueuse ; apporter les corrections et ajustements appropriés.

La demande que constitue une réclamation comprendra souvent ces deux aspects, l'utilisateur souhaitant à la fois bénéficier lui-même d'une amélioration du service et en faire profiter les autres usagers placés dans une situation comparable. Pour regagner la confiance de l'utilisateur, il est important de lui donner le sentiment - et pas de façon factice - que sa réclamation a un réel impact sur le fonctionnement de l'établissement, qu'elle est utile.

Mis en œuvre de manière méthodique, le processus de traitement des réclamations contribuera à l'occasion de l'expression d'un mécontentement à l'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

L'objectif est de permettre de restaurer la confiance de l'utilisateur et de maintenir de bonnes relations, notamment avec les équipes médicales et soignantes, indispensables à une bonne médecine. Il est aussi de faciliter l'accès aux soins et aux prestations hospitalières - notamment sur le volet de l'accueil et de la prise en charge des frais de soins et de séjour.

Le rôle de la CDU est de s'assurer de la mise en place effective des mesures correctives et de leurs résultats (v. *supra*).

Le cas des réclamations répétitives

Certains patients jugent que les réponses faites par l'hôpital à leur réclamation sont décidément insuffisantes et insatisfaisantes. Ils écrivent donc à nouveau pour recevoir enfin les explications qu'ils estiment ne pas avoir reçues.

Ces situations mettent souvent l'hôpital dans l'embarras, lorsqu'il pense avoir donné des explications convaincantes, des justifications précises, que des mesures sont prises pour l'avenir, que des excuses ont été formulées, etc.

La nouvelle lettre de réclamation doit donner lieu à une lecture attentive qui permettra le cas échéant de déceler un motif d'insatisfaction qui n'apparaissait pas clairement dans la rédaction initiale.

A défaut d'élément nouveau, il peut être proposé au patient une rencontre avec le directeur ou son représentant, le médecin hospitalier ou son chef de service, ou le médiateur médical ou non médical.

Toute lettre nouvelle doit bien entendu donner lieu à accusé de réception. Au cas où aucune proposition nouvelle ne peut être faite au patient, et que les demandes écrites du patient se poursuivent, une lettre pourra lui être adressée afin de :

- Faire un point général sur le traitement qui a été fait de la réclamation (enquête...) ;
- Exposer clairement la position de l'hôpital ;
- Annoncer que sous réserve d'éléments nouveaux, l'hôpital ne procédera plus à des réponses nouvelles ;
- Présenter au patient les voies de recours amiables et juridictionnelles qui lui sont ouvertes, le cas échéant.

L'hôpital n'est pas tenu de faire droit aux demandes « répétitives ou manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique »⁵⁵.

Le fascicule documentaire FD **ISO 10002:2004 – Lignes directrices pour le traitement des réclamations** dans les organismes, est une norme internationale, applicable par toutes les entreprises, qui fournit des conseils sur le processus de traitement des réclamations.

Cette norme précise 9 principes directeurs permettant de créer les conditions d'un traitement efficace des réclamations :

- 1) Visibilité** : les clients, employés et autres parties associées doivent savoir comment et où formuler une réclamation.
- 2) Accessibilité** : le processus de traitement des réclamations doit être facilement accessible à tous les réclamants (informations associées rédigées dans un langage clair, facile à comprendre et à utiliser).
- 3) Réactivité** : il convient d'accuser réception immédiatement de chaque réclamation auprès du réclamant.
- 4) Objectivité** : chaque réclamation doit être traitée de manière équitable et objective tout au long du processus de traitement des réclamations.
- 5) Frais** : les frais relatifs au processus de traitement des réclamations ne doivent pas incomber au réclamant.
- 6) Confidentialité** : il convient de ne pas divulguer les informations à caractère personnel du réclamant sans son consentement.
- 7) Approche orientée client** : l'entreprise doit encourager les retours d'informations, y compris les réclamations, et démontre par ses actions son engagement à résoudre les réclamations.
- 8) Responsabilisation** : l'organisme établit clairement les responsabilités et délégations pour les actions et les décisions de l'organisme concernant le traitement des réclamations.
- 9) Amélioration continue** : il convient que l'amélioration continue du processus de traitement des réclamations soit un objectif permanent de l'entreprise.

⁵⁵ Circulaire du Premier ministre du 9 février 1995 relative au traitement des réclamations adressées à l'administration

LES INTERVENANTS

L'USAGER

Par usager, on entendra le patient et/ou ses proches (étant entendu qu'un proche ne fait pas nécessairement partie du cercle familial), représenté le cas échéant par les titulaires de l'autorité parentale ou la personne chargée de sa protection s'agissant d'un majeur protégé.

N'est en revanche pas concerné un tiers n'agissant pas avec l'assentiment de l'utilisateur, que cette absence d'assentiment soit exprimée ou non. Pour autant, un tel courrier adressé sans assentiment connu de l'intéressé sera traité comme le signalement d'une situation possiblement anormale.

LE DIRECTEUR DU GHU OU DU SITE

Le directeur du GHU est le garant au nom de l'AP-HP et de son GHU du bon traitement de la réclamation.

Sauf s'il souhaite la traiter directement ou la confier particulièrement à l'un de ses collaborateurs, le directeur du GHU délègue, totalement ou pour partie, le traitement de la réclamation au chargé des relations avec les usagers (CRU), placé sous l'autorité du directeur Qualité et/ou du directeur de site.

LE CHARGE DES RELATIONS AVEC LES USAGERS (CRU)

Il est le référent du GHU ou du site hospitalier pour le traitement des réclamations⁵⁶.

Par délégation du directeur du GHU et sous l'autorité directe du directeur Qualité, il est **garant du traitement approprié de la réclamation** ainsi que de la bonne transmission des documents présentés en CDU, aux représentants des usagers et aux représentants des familles. Il établit le rapport d'activités annuel de la CDU.

Il lui revient de :

- centraliser les réclamations ;
- caractériser la réclamation (contentieuse, non contentieuse, locale, centrale) et organiser à la suite son traitement adéquat ;
- saisir si besoin le médiateur médical ou non médical ;
- alerter les professionnels concernés ;
- veiller à ce que les représentants des usagers soient informés ;
- donner aux représentants des usagers accès aux dossiers de réclamations et leur permettre d'en assurer le suivi ;
- s'informer du suivi des actions correctives.

D'une manière générale, le chargé des relations avec les usagers doit organiser l'accès des représentants des usagers aux réclamations, s'assurer de rencontres régulières, selon un rythme défini conjointement, faire en sorte d'y procéder dans un local adapté, avec des temps d'échange suffisants.

⁵⁶ La fiche du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (DGOS) relative au métier de chargé(e) des relations avec les usagers en définit la mission générale : développer et mettre en œuvre la politique relative aux droits des usagers et des associations de patients, en coordination avec les différents acteurs internes et externes.

Dans ce cadre, le CRU est notamment chargé de la « mise en place d'actions de prévention des conflits et de traitement des réclamations » et d'« accueillir et orienter des personnes, des groupes, des publics ».

LE DIRECTEUR MEDICAL DE DEPARTEMENT MEDICO-ADMINISTRATIF (DMU), LE CHEF DE SERVICE, LE CADRE PARAMEDICAL ET LE CADRE ADMINISTRATIF DE DMU, LE CADRE DE SANTE DU SERVICE, LES DIRECTEURS REFERENTS

Ils sont responsables chacun pour ce qui les concerne de la bonne application de la procédure de traitement des réclamations au sein des structures et services placés sous leur autorité, dans leurs champs de compétences respectifs.

Il leur revient, chacun pour ce qui les concerne, de réunir les informations et documents nécessaires pour apporter une réponse au requérant. Ils les transmettent au CRU et, si besoin, aux médiateurs médical et/ou non médical. Le référent paramédical Qualité/Gestion des risques de DMU joue un rôle important dans le dispositif.

Ils peuvent, selon les circonstances et les organisations locales, coordonner ou conduire directement les analyses locales des réclamations et mettre en œuvre des actions d'amélioration locales ou transversales au sein de leur DMU ou service, sous la responsabilité du chef de service. Ils en informent le directeur qualité et le chargé des relations avec les usagers.

Le chef de service, agissant en étroite collaboration avec le cadre de santé, tient un rôle essentiel.

Le service médical constitue en effet l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins⁵⁷. C'est à ce niveau qu'est gérée en premier niveau la réclamation et le chef de service est l'interlocuteur privilégié du CRU. Le conseil de service sera le cas échéant le lieu de concertation sur des dysfonctionnements constatés et pour la mise en œuvre d'actions correctives⁵⁸.

Ceci sans préjudice des compétences du directeur médical de DMU qui parmi ses attributions légales doit mettre en œuvre la politique de l'AP-HP afin d'atteindre les objectifs fixés au DMU et tout en tenant compte des propres attributions du service, « *d'organiser avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle/DMU sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle* »⁵⁹.

On rappellera par ailleurs qu'un directeur référent est désigné au sein de l'équipe de direction du GHU et ceci dans chaque DMU. Il assistera en tant que de besoin le directeur médical de DMU pour instruire les réclamations concernant le DMU et veillera en lien avec le CRU à ce que des réponses appropriées soient apportées aux réclamants.

Une revue périodique des réclamations peut être utilement organisée par ces différents responsables à échéances régulières, dans leur champ d'attribution.

L'ensemble des réclamations et des réponses qui leur sont apportées sont en tout état de cause portées à la connaissance de la CDU par l'intermédiaire du chargé des relations avec les usagers.

LES MEMBRES DE LA CDU

La commission des usagers (CDU) a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers⁶⁰.

⁵⁷ Art. L. 6146-1-1, CSP

⁵⁸ L'annexe XVII du règlement intérieur de l'AP-HP prévoit la mise en place dans chaque service ou unité fonctionnelle de DMU d'un conseil de service ou d'unité fonctionnelle ayant notamment pour objet de « faire toute proposition sur le fonctionnement du service ».

⁵⁹ Art. L. 6146-1, CSP

⁶⁰ Art. L. 1112-3, CSP

Elle participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de la non-opposition sous huit jours de la personne concernée, de ses représentants légaux ou de ses ayants droit si elle est décédée.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur. La CDU examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Les membres de la CDU sont astreints au secret professionnel.

Le directeur arrête la liste nominative des membres de la CDU. Celle-ci se compose à *minima* de plusieurs membres obligatoires : un président accompagné d'un vice-président, des médiateurs (médecin et non médecin) et des représentants des usagers.

Cette liste actualisée est affichée dans l'hôpital et transmise au directeur général de l'ARS.

Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions du code de la santé publique relatives à l'examen des plaintes et réclamations⁶¹ et précise leurs modalités d'application au sein de l'hôpital.

LES MEDIEURS MEDICAUX ET NON MEDICAUX

Les médiateurs peuvent intervenir à la demande du réclamant, du directeur du GHU ou du site ou du CRU ou encore sur proposition d'un représentant des usagers. Leur rôle est de renouer le dialogue, de dénouer des tensions et si possible de solutionner des conflits entre l'utilisateur et l'équipe médicale ou soignante ou l'administration hospitalière (*v. la plaquette « La médiation » - AP-HP, juillet 2018*).

Il est conseillé de saisir les deux médiateurs afin qu'ils soient en mesure le cas échéant d'apporter ensemble les réponses à l'utilisateur.

Il revient aux médiateurs, dans le cadre de leurs médiations, de :

- compléter l'information, expliquer et essayer de résoudre les malentendus éventuels,
- informer, si besoin, sur les modalités du recours gracieux et/ou les voies de recours judiciaires possibles si les démarches amiables ont échoué (*v. supra*).
- rédiger systématiquement un compte-rendu de la rencontre avant de rendre compte au directeur - qui dispose du pouvoir de décision - en lui adressant, ainsi qu'aux services concernés, ses recommandations.

Le médiateur médical. Il intervient, sur autorisation écrite du réclamant pour accéder au dossier médical, si l'utilisateur s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité médicale et/ou soignante et demande son assistance et ses conseils.

⁶¹ Art R. 1112-91 à R. 1112-94, CSP

Le médiateur non médical. Il est appelé à intervenir pour toutes les réclamations qui ne sont pas liées à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des services. Ses missions et les modalités de saisine sont alors similaires à celles du médiateur médical.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le directeur parmi les médecins exerçant dans un établissement de santé public ou privé ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Les nominations interviennent après avis de la commission médicale d'établissement locale. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur général de l'ARS en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies ci-dessus⁶².

Le code de la santé publique prévoit⁶³ que le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le directeur parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

LES REPRESENTANTS DES USAGERS

Les représentants des usagers et leurs suppléants membres de la CDU sont désignés par le directeur général de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées⁶⁴.

Ils sont en leur qualité de membres de la commission des usagers (CDU) informés de l'ensemble des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas d'événements indésirables graves, ils sont en cette même qualité informés des actions menées par l'établissement pour y remédier.

Ils sont soumis à une obligation de confidentialité. Ils peuvent avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de la non-opposition de la personne concernée ou de l'ayant droit si elle est décédée (*v. supra*).

Ils ont accès aux réclamations, aux éléments d'information utiles recueillies durant le traitement du dossier et aux réponses apportées au réclamant.

Ils peuvent également intervenir à la demande du réclamant, de la direction de l'hôpital ou d'un responsable du service concerné dans le traitement direct de la réclamation.

Les modalités de leur intégration à l'examen et au traitement des réclamations, en lien étroit avec le chargé des relations avec les usagers, sont établies lors de leur prise de fonctions en fonction des souhaits qu'ils expriment : par exemple dans le cadre de revues régulières des réclamations.

Ils doivent être impliqués systématiquement dans la rédaction du rapport annuel de la CDU.

⁶² Art. R. 1112-82, CSP

⁶³ Art. R. 1112-82, CSP

⁶⁴ Associations régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, agréées par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national (art. L. 1114-1, CSP). Le texte prévoit que « lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil de surveillance (...) demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur général de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions ».

LE COORDONNATEUR DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

Les textes prévoient que doit être désigné dans chaque établissement de santé un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), qui « *a accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice (de ses missions)* »⁶⁵.

Pour mémoire, le champ d'action du CGRAS comprend notamment⁶⁶ :

- la mise en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement ;
- l'expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables ;
- la mise en place d'un dispositif visant à recueillir l'ensemble des événements indésirables associés aux soins constatés au sein de son établissement et à procéder à leur analyse afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives ;
- la mise à la disposition de la commission médicale d'établissement des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins, ainsi que des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en œuvre ;
- la mise en cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

⁶⁵ Art. R. 6111-4, CSP

⁶⁶ Art. R. 6111-2, CSP

GLOSSAIRE

RECLAMATION

Expression écrite ou orale d'un mécontentement signalant un ou plusieurs dysfonctionnements, au plan matériel ou relationnel, quant à la prise en charge médicale, soignante, hôtelière, administrative, logistique et portée à la connaissance de l'établissement : auprès de la direction, d'un service, médical ou non, d'un professionnel, d'un représentant des usagers, notamment.

« Les réclamations ne se limitent pas aux courriers écrits : sont concernées toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée et quelles que soient le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil, à savoir :

- Les « plaintes » ;
- Les lettres de doléances ;
- Les appels téléphoniques, visites, courriers électroniques ;
- Les supports permettant une expression libre des usagers (enquêtes de satisfaction, questionnaires de sortie, etc.). Ils sont considérés comme des plaintes ou des réclamations, dès lors que ce support est utilisé comme tel par les usagers »⁶⁷

Au-delà des plaintes et réclamations visées par le Ministère de la santé dans son guide sur le traitement des réclamations (2007), qui ne prend pas en compte les « plaintes à caractère gracieux et juridictionnel »⁶⁸, ces dernières sont ici considérées comme une composante des réclamations reçues par les hôpitaux.

Ainsi, la réclamation peut être :

- Une **réclamation simple** : témoignage ou demande d'explications. Elle peut être écrite, déposée au sein de l'hôpital ou reçue par courrier ou par courriel, ou orale, par téléphone ou dans le cadre d'un entretien ;
- Une **réclamation à caractère indemnitaire** : le réclamant s'estime victime d'un préjudice corporel, matériel, moral ou financier. Sont incluses dans cette catégorie les indemnisations pour perte, bris ou détérioration de prothèses et d'effets personnels.

Hors le cas des réclamations à caractère indemnitaire au-delà d'un enjeu de 4 500 euros et celles relatives à un préjudice corporel, les réclamations sont en principe traitées à l'échelon du GHU ou du site hospitalier. Elles peuvent être gérées « centralement », y compris lorsqu'elles présentent un caractère non indemnitaire, quand elles concernent plusieurs GHU à la fois et justifient une réponse institutionnelle centrale.

La réclamation à caractère indemnitaire peut être :

- **Indemnitaire « locale »**, lorsque son traitement relève du GHU ou du site hospitalier auquel elle est adressée. Est concerné tout préjudice matériel dont l'indemnisation est évaluée à moins de 4 500€ (perte, bris ou détérioration de prothèses et effets personnels) ;
- **Indemnitaire « centrale »**, lorsque son traitement est pris en charge par la Direction des affaires juridiques (DAJ). Est concernée la réparation de tous les préjudices matériels supérieurs à 4 500 € et de tous les préjudices corporels et de leurs conséquences (moral, financier), ayant donné le cas échéant à des requêtes auprès de la CCI et de l'ONIAM.

⁶⁷ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers*, 2007

⁶⁸ « Les plaintes et les réclamations qui revêtent un caractère gracieux sont celles dont l'objet est susceptible d'être porté devant les tribunaux (demande indemnitaire ou demande d'annulation d'un acte illégal). Les plaintes et les réclamations qui revêtent un caractère juridictionnel sont celles qui ne peuvent être tranchées que par le juge ou bien celles qui sont déjà en instance devant le juge » (id., p. 4).

EVENEMENT INDESIRABLE

Définition :

La Haute autorité de santé retient la définition suivante de l'« événement indésirable » :

« Tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre V bis – pharmacovigilance. » (HAS, *Manuel de certification V2020*, septembre 2021)

Le Code de la santé publique retient par ailleurs la définition suivante de l'« événement indésirable grave » :

« Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale » (art. R. 1413-67, CSP).

PERTE, VOL OU DETERIORATION D'UN OBJET PERSONNEL

En la matière s'appliquent des dispositions du code de la santé publique issues de la loi du 6 juillet 1992. Cette loi a posé les principes de la responsabilité des hôpitaux en cas de vol ou de dégradation des biens détenus par les malades hospitalisés⁶⁹.

Les vols, pertes et dégradations d'objets leur appartenant sont à l'origine pour les patients de préjudices et de désagréments particulièrement sensibles. Ils requièrent des administrations hospitalières la plus grande diligence pour organiser l'indemnisation, lorsqu'elle est justifiée. Toutes précisions possibles doivent être apportées au patient, afin qu'il puisse prendre les dispositions qui lui seront nécessaires, sur la procédure et les délais requis pour son indemnisation effective.

D'une manière générale, l'indemnisation, lorsqu'elle est justifiée, ne nécessite pas de procédure contentieuse. Le patient qui se plaint du vol, de la perte ou de la détérioration au sein de l'hôpital d'un objet personnel lui appartenant devra simplement présenter une demande d'indemnisation au chargé des relations avec les usagers qui instruira le dossier. Il devra apporter tout élément justificatif du montant du préjudice : facture, devis, etc.

⁶⁹ V. guide « Protéger les biens et affaires personnelles du patient », DAJ, 2018.

ANNEXES

LES TEXTES DE REFERENCES

Article L. 1112-3 du code de la santé publique

« (...)

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

(...)

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

(...)

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. (...) »

Article R. 1112-80 du code de la santé publique

« La commission (des usagers) veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

II.- La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

(...)

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

g) Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé de la deuxième partie du formulaire mentionné à l'article R. 1413-69. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.

h) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

Les informations mentionnées au f et au g sont délivrées dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés. Elles ne comportent notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge.

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3. (rapport annuel présenté par la CDU).

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

(...)

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné ».

Article R. 1112-91

« Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai ».

Article R. 1112-92

« L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis ».

Article R. 1112-93

« Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers ».

Article R. 1112-94

« Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission ».

ARTICLE 124 - REGLEMENT INTERIEUR

ARTICLE 124 DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'AP-HP :

« RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS »

(Nouvelle rédaction)

Les usagers du groupe hospitalo-universitaire (ou leurs représentants légaux ou, en cas de décès, ses leurs ayants droit) peuvent faire part de leurs observations ou de leurs réclamations directement au directeur. Il leur apportera les réponses et explications appropriées et veillera à la mise en œuvre d'actions correctives si besoin.

Chaque CDU est informée de l'ensemble des réclamations formulées par les usagers pour le ou les sites hospitaliers auxquels elle est rattachée, ainsi que des suites qui leur sont données. Les réponses qui y sont apportées sont tenues à la disposition de ses membres. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Ces dispositions sont mises en œuvre au sein des groupes hospitalo-universitaires selon des modalités établies avec les représentants des usagers.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) en vue d'une procédure de conciliation dans deux cas :

- S'il n'est pas satisfait des soins qui lui ont été dispensés ou s'il est en désaccord avec un professionnel ou un établissement de santé, y compris pour une recherche biomédicale ;
- S'il s'estime victime d'un dommage dont la gravité est inférieure au seuil fixé par l'article D. 1142-2 du Code de la santé publique.

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) peut demander réparation de ses préjudices et actionner une voie de recours dans trois cas :

1) Soit directement auprès de l'AP-HP : dans ce cas le patient, et ce quelle que soit la gravité du dommage qu'il a subi, adresse une demande préalable indemnitaire auprès de la Direction des affaires juridiques (DAJ – 55 boulevard Diderot, 75610 Paris Cedex 12). Au vu des résultats et conclusions de l'expertise amiable conduite par un de ses médecins-conseils, la DAJ adressera au requérant une lettre recommandée avec accusé de réception reconnaissant ou non la responsabilité de l'AP-HP et dans ce second cas, elle proposera un protocole transactionnel d'indemnisation

2) Soit, auprès de la CCI lorsque le patient estime avoir subi un dommage supérieur à un seuil de gravité fixé par décret. Si le seuil de recevabilité est atteint, la CCI pourra diligenter une expertise médicale et émettre dans le délai de 6 mois un avis sur les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, ainsi que son appréciation sur une indemnisation éventuelle au titre des responsabilités encourues ou de la solidarité nationale.

3) Soit auprès du tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Préalablement à tout recours pour obtenir une indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler une demande préalable auprès de l'AP-HP (DAJ) ou de la CCI, tendant à obtenir réparation de ses préjudices.

Le requérant peut également saisir directement la juridiction administrative pour obtenir une expertise judiciaire (requête en référé-expertise).

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité de l'AP-HP se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.

LETTRES TYPES

LETTRES TYPES

- Accusé réception pour une réclamation non contentieuse et glossaire à l'attention du requérant
- Accusé réception pour une réclamation contentieuse (préjudice non corporel inférieur à 4 500 €)
- Accusé réception pour une réclamation contentieuse (tous préjudices corporels)
- Demande d'enquête à un ou plusieurs services
- Saisine du/des médiateurs avec présence d'un représentant des usagers
- Proposition d'indemnisation (préjudice inférieur à 4 500 €) et formulaire
- Transmission de la réclamation à la DAJ
- Mission d'expertise de la CCI, transmission :
 - A la DAJ ;
 - Aux services concernés.

logo du GHU ou de l'hôpital

AR réclamation non-contentieuse

Paris, le

Madame/Monsieur

Adresse

Code postal ville

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la

Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Madame/Monsieur,

Nous avons bien reçu votre courrier nous faisant part de votre réclamation concernant (tel ou tel élément...)

Nous sommes désolés des désagréments dont vous nous faites part et nous vous informons que nous transmettons aujourd'hui votre courrier à (.....) afin d'obtenir de sa part des éléments d'explication et de réponse.

Dès que nous serons en possession des résultats de l'enquête interne, nous reprendrons contact avec vous dans les meilleurs délais afin de faire le point.

Notre hôpital propose aux usagers qui le souhaitent, afin de contribuer à la résolution de litiges, l'intervention d'un médiateur (médical ou non médical). Il vous est possible de le rencontrer si vous le jugez utile. Vous pouvez également être accompagné lors de cette rencontre par un représentant des usagers. Pourriez-vous me l'indiquer dans ce cas ?

Enfin, sans opposition de votre part sous quinze jours et conformément à la loi, la Commission des usagers (CDU) sera informée au sein de notre hôpital de votre réclamation et éléments médicaux contenus dedans, en tant qu'instance chargée d'examiner les plaintes et réclamations adressées par les usagers.

Cette commission est composée du directeur de l'hôpital ou de son représentant, de deux médiateurs (médical et non-médical) ainsi que de deux représentants des usagers et de leurs suppléants. Ils sont tous tenus par le secret professionnel.

Je vous prie de croire, Madame/Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et
qualité du signataire

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous vous informons que vos données personnelles contenues dans votre réclamation seront traitées par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel, sauf opposition de votre part.

PJ : intervenants susceptibles de participer au traitement de votre réclamation : le chargé des relations avec les usages, les représentants des usagers, la commission des usagers, les médiateurs.

Vos interlocuteurs

Le chargé des relations avec les usagers (CRU)

Agent de l'hôpital, il accueille, renseigne, oriente les usagers et leur répond par tout moyen disponible. Il les conseille sur les démarches à suivre. Leur rôle s'entend avec une écoute et une empathie particulière.

Sa mission est plus généralement de développer et mettre en œuvre les droits des usagers, en coordination avec les différents acteurs internes/externes de l'hôpital.

Les représentants des usagers (RU)

Ils sont issus d'associations agréées du système de santé. Ils sont bénévoles et indépendants de l'établissement. Ils ont pour rôle de défendre et d'accompagner les usagers du système de santé et de veiller au respect de leurs droits. Ils sont les porteurs de la parole des usagers dans les commissions et instances dans lesquelles ils sont mandatés (selon le cas, conseil de surveillance, directoire, commission des usagers, etc.). Les représentants des usagers peuvent accompagner un réclamant lors d'une médiation.

La commission des usagers (CDU)

Elle est constituée au sein de l'hôpital pour veiller au respect des droits des patients et contribuer à l'amélioration de la qualité de leur accueil et celui de leurs proches.

Elle est informée de l'ensemble des réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.

La présidence ou la vice-présidence de la commission peut être assurée par un représentant des usagers. La CDU est composée *a minima* du directeur de l'hôpital ou de son représentant, d'un médiateur médecin et de son suppléant, d'un médiateur non médecin et de son suppléant ainsi que de deux représentants des usagers et de leurs suppléants.

D'autres membres peuvent participer aux séances à titre facultatif à la commission, selon le contenu des réclamations (ex : le chargé des relations avec les usagers, le président de la commission médicale d'établissement locale ou son représentant, un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale ou son suppléant, etc.).

Ses missions :

- Participer à l'élaboration de la politique menée au sein de l'hôpital s'agissant de l'accueil, de la prise en charge, de l'information et des droits des usagers
- Examiner les plaintes et réclamations ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel ; être informée de l'ensemble des réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.
- Être associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission d'établissement locale (CMEL)
- Se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données

- Être informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'hôpital pour y remédier
- Recueillir les observations des associations de bénévoles actives au sein de l'hôpital
- Proposer un projet des usagers exprimant les attentes des usagers et leurs propositions

Les médiateurs

La médiation hospitalière est un dispositif de dialogue pour tenter de résoudre un conflit et de trouver une solution consensuelle.

La médiation n'a pas pour finalité d'éviter le recours contentieux.

Elle est conduite par un médiateur désigné par l'hôpital. Le médiateur est neutre et impartial. Son intervention est gratuite.

Médiateur médical

Il est compétent pour traiter les réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins, et le fonctionnement médical des services médicaux.

Médiateur non médical

Il est compétent pour les réclamations qui sortent du champ de compétences du médiateur médical : aspects paramédicaux, y compris sociaux, hôteliers, administratifs...

Dans l'exercice de leurs missions, les médiateurs sont amenés à veiller au respect des valeurs qui s'imposent dans notre système de santé : ainsi du respect de la dignité, de l'absence de discrimination, etc.).

logo du GHU ou de l'hôpital

Paris, le

AR réclamation indemnitaire < à 4 500€

Hôpital

Adresse
Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les
Usagers :
XXXX
xxx@aphp.fr
Tel :

Président/Vice-Président de la
Commission des Usagers :
XXXX
xxx@aphp.fr

Médiateur médical :
XXXX
xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :
XXXX
xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :
XXXX
xxx@aphp.fr
Tel :

N/Réf.

Objet : demande de réparation

Madame/Monsieur,

Nous avons bien reçu votre courrier par lequel vous sollicitez l'indemnisation d'un préjudice lié à la perte de votre prothèse , lors de votre hospitalisation dans le service de notre hôpital.

Nous sommes désolés de cette situation.

Nous allons mener sans délai une enquête afin de mettre à plat les circonstances de cette perte et reviendrons vers vous très rapidement après avoir déterminé si ce préjudice est susceptible d'être indemnisé et selon quelles modalités.

(le cas échéant : Par application des règles de la comptabilité publique, il pourra vous être demandé des justificatifs d'achat et un éventuel taux de vétusté sera applicable).

Nous vous informons que sans opposition de votre part sous quinze jours et conformément à la loi, la Commission des usagers (CDU) sera informée au sein de notre hôpital de votre réclamation, en tant qu'instance chargée d'examiner les réclamations adressées par les usagers.

Cette commission est composée du directeur de l'hôpital ou de son représentant, de deux médiateurs (médical et non-médical) ainsi que de deux représentants des usagers et de leurs suppléants. Ils sont tous tenus par le secret professionnel.

Je vous prie de croire, Madame/Monsieur, en l'assurance de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et
qualité du signataire

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous vous informons que vos données personnelles contenues dans votre réclamation seront traitées par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel, sauf opposition de votre part.

PJ : intervenants susceptibles de participer au traitement de votre réclamation : le chargé des relations avec les usagers, les représentants des usagers, la commission des usagers, les médiateurs.

logo du GHU ou de l'hôpital

Paris, le

AR réclamation contentieuse (préjudice corporel)

Hôpital

Adresse
Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Madame/Monsieur

Adresse
Code postal ville

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les Usagers :

XXXX
xxxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la Commission des Usagers :

XXXX
xxxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX
xxxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX
xxxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX
xxxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Madame/Monsieur,

Nous avons bien reçu votre courrier par lequel vous demandez l'indemnisation du préjudice que vous avez subi le par / suite à lors de votre hospitalisation au sein du service de l'hôpital

Je vous informe que votre dossier a été transmis à la Direction des affaires juridiques de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (Siège de l'AP-HP, 55 boulevard Diderot - CS 22305 75610 Paris Cedex 12 – Téléphone : 01 40 27 33 21 - secretariat.rm.sap@aphp.fr), qui se charge de son examen et va prendre contact avec vous.

Enfin, sans opposition de votre part sous quinze jours et conformément à la loi, la Commission des usagers (CDU) sera informée au sein de notre hôpital de votre réclamation, en tant qu'instance chargée d'examiner les plaintes et réclamations adressées par les usagers.

Cette commission est composée du directeur de l'hôpital ou de son représentant, de deux médiateurs (médical et non-médical) ainsi que de deux représentants des usagers et de leurs suppléants. Ils sont tous tenus par le secret professionnel.

Je vous prie de croire, Madame/Monsieur, en l'assurance de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et
qualité du signataire

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous vous informons que vos données personnelles contenues dans votre réclamation seront traitées par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel, sauf opposition de votre part.

PJ : intervenants susceptibles de participer au traitement de votre réclamation : le chargé des relations avec les usagers, les représentants des usagers, la commission des usagers, les médiateurs.

Demande d'enquête au(x) service(s)

Paris, le

Madame/Monsieur le Professeur/Docteur
Chef de service/Cadres de santé

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la

Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Madame/Monsieur le Professeur/Docteur,

Je vous prie de trouver ci-joint copie de la réclamation de Monsieur/ Madame relative à (.....) lors de son hospitalisation au sein du service

Je vous remercie par avance de bien vouloir, après enquête, me transmettre un rapport précisant les faits et circonstances à l'origine de cette réclamation afin que nous puissions décider de la suite qu'il conviendra d'y donner et de la réponse qui puisse être apportée à la personne qui nous l'a adressée.

Le cas échéant, il me serait utile de connaître les mesures correctives qu'a pu appeler cette réclamation, afin que je puisse l'intégrer dans la réponse.

Veillez agréer, Madame/Monsieur le Professeur/Docteur... , mes salutations distinguées.

Nom, prénom et
qualité du signataire

logo du GHU ou de l'hôpital

Saisine du/des médiateurs avec présence d'un RU

Paris, le

Madame/Monsieur le Professeur/Docteur, Mme/M.
Médiateur médical/Médiateur non médical

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la

Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Objet : Dossier

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie de la réclamation de Madame/Monsieur relative à sa prise en charge/la prise en charge de (*lien de parenté*), Madame/Monsieur....., au sein du service de à l'hôpital (GHU), dans la période du

Le/la requérant(e) sollicite votre intervention en votre qualité de médiateur afin d'obtenir des éclaircissements concernant à son/sa séjour/hospitalisation/ prise en charge.

Je vous informe qu'il/elle a exprimé le souhait de la présence d'un représentant des usagers à cette rencontre.

Je vous remercie par avance de me tenir informée de la date de cette entrevue.

Nom, prénom et
qualité du signataire

logo du GHU ou de l'hôpital

Lettre accompagnant le formulaire
d'indemnisation < à 4 500 €

Paris, le

Madame/Monsieur

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la

Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Objet : demande d'indemnisation – projet de transaction amiable

Madame/Monsieur,

Afin de me permettre de donner suite à votre demande d'indemnisation du préjudice dont vous nous avez fait part et advenu dans notre hôpital le, je vous remercie de bien vouloir me retourner dûment complétés et signés les trois exemplaires du projet de transaction amiable ci-joint, Je vous précise que (*si des précisions sont à apporter*).

Nous vous prions à nouveau de bien vouloir accepter toutes nos excuses pour les désagréments que vous avez subis.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Nom, prénom et
qualité du signataire

logo du GHU ou de l'hôpital

Le formulaire d'indemnisation < à 4 500 €

Formulaire de transaction amiable

Nous / je soussigné(s), (*nom, prénom*) (*précisez le cas échéant s'il s'agit d'un ayant droit*)

Demeurant :

.....
.....

Atteste/tons par le présent document que :

par le paiement d'un montant de ... euros (*sommes en lettres*), l'Assistance publique-hôpitaux de Paris réparera équitablement le préjudice (*occasionné par* , *survenu au cours de* dans le service de l'hôpital

En conséquence, contre le paiement de cette somme, nous nous engageons à ne présenter à l'avenir, amiablement ou judiciairement, ni contre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, ni contre son personnel, aucune réclamation relative à tous dommages résultant de ce préjudice.

Je/nous demande(ons) à ce que cette somme (soit €) soit versée par virement sur mon/notre compte courant bancaire (*coordonnées du compte bancaire*) n°

Etabli en triple exemplaire

Signature(s)

(*précédés de la mention manuscrite « lu et approuvé » de la main du/des bénéficiaire(s)*).

à, le

logo du GHU ou de l'hôpital

Transmission de la réclamation
par l'hôpital à la DAJ

Paris, le

Note à l'attention de

Direction des affaires juridiques

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la
Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Objet : Dossier

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie de la demande de Monsieur/Madame en vue de l'indemnisation de pour un préjudice dont il/elle aurait été victime au sein du service de à l'hôpital (GHU), dans la période du

Vous trouverez également ci-joint les pièces utiles à l'appréciation de la responsabilité de l'AP-HP.

Je demeure à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous remercie par avance de me tenir informée de votre décision.

Nom, prénom et
qualité du signataire

Pièces jointes :

-

-

logo du GHU ou de l'hôpital

*Transmission de la mission d'expertise
de la CCI à la DAJ*

Paris, le

Note à l'attention de

Direction des affaires juridiques

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la
Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Objet : Dossier

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie de la note en date du par laquelle la CCI d'Île-de-France nous transmet le document portant mission d'expertise contradictoire confiée à dans l'affaire citée en référence.

Je vous précise que j'ai transmis un exemplaire de ce rapport à Madame / Monsieur le Professeur, service

Nom, prénom et
qualité du signataire

logo du GHU ou de l'hôpital

*Transmission de la mission d'expertise
de la CCI au(x) service(s)*

Paris, le

Madame/Monsieur le Professeur/Docteur ...
Service ...

Hôpital

Adresse

Code postal ville

Standard : XX XX XX XX XX

Direction XXXXX

Directeur :

Chargé des relations avec les

Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

Président/Vice-Président de la

Commission des Usagers :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Médiateur non-médical :

XXXX

xxx@aphp.fr

Représentants des usagers :

XXXX (etc...)

Dossier suivi par :

XXXX

xxx@aphp.fr

Tel :

N/Réf.

Objet : Dossier

Madame/Monsieur le Professeur/Docteur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie de la lettre de mission d'expertise contradictoire concernant Madame/Monsieur confiée à, conformément à l'avis rendu par la CCI d'Île-de-France le

Je vous prie de recevoir, Madame/Monsieur le Professeur/Docteur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Nom, prénom et
qualité du signataire

AFFICHE :
« INTERLOCUTEURS A VOTRE ECOUTE »

ACCOMPAGNER - VOUS ECOUTER

Des interlocuteurs sont à votre écoute

Vous avez des questions ou des remarques sur les soins et sur l'accueil que vous avez reçus à l'hôpital ? Vous souhaitez l'aide d'un tiers ?

En premier lieu, parlez-en au cadre de santé ou au médecin du service

Vous pouvez rencontrer

Le chargé des relations avec les usagers	Les représentants des usagers	
Rattaché à la direction de l'hôpital, il est à votre disposition pour répondre à vos questions et faciliter vos démarches	Issus d'associations agréées, ils sont bénévoles et indépendants de l'hôpital. Ils sont à votre écoute	
Prénom Nom	Titulaire	Titulaire
Tél :	Prénom Nom	Prénom Nom
Mail :	Mail :	Mail :
Adresse postale :	Suppléant	suppléant
<i>En cas d'absence, secrétariat de la Direction</i>	Prénom Nom	Prénom Nom
Prénom Nom - tél :	Mail :	Mail :

Vous souhaitez adresser une réclamation ?

Si ces premières démarches ne vous apportent pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier de réclamation au directeur de l'hôpital. Une réponse écrite vous sera apportée.

En fonction de la nature de vos difficultés, il vous est possible de rencontrer un médiateur médical ou non médical, en étant accompagné, si vous le souhaitez, d'un représentant des usagers.

=> Concernant les **réclamations portant sur la facturation**, vous pouvez contacter la direction des affaires financières : tél : 00 00 00 00 00 - mail :@aphp.fr – accueil physique de ..h à ..h (*préciser le lieu*)

Le saviez-vous ?

Vos remarques et vos observations seront communiquées à la **commission des usagers - CDU**.

Son rôle est d'améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des patients.

Retrouvez les informations sur la CDU dans le livret d'accueil qui vous a été remis.

Comment contacter la CDU : ✉ :

☎ : 00 00 00 00 00 / @ :@aphp.fr

Cette commission est composée de :

- **Prénom, nom**, fonction (président)
- **Prénom, nom**, fonction (vice-président)
- Médiateur médecin titulaire : **prénom, nom**,
- Médiateur médecin suppléant : **prénom, nom**,
- Médiateur non médecin titulaire : **prénom, nom**,
- Médiateur non médecin suppléants : **prénom, nom**,
- Représentants des usagers titulaires : **prénom, nom**
- Représentants des usagers suppléants : **prénom, nom**,
- Responsable de la qualité : **prénom, nom** (*à ajouter s'il n'est pas le représentant du directeur*).

LOGO DU GHU OU
DE L'HÔPITAL

