



*Plaintes et réclamations dans
les établissements de santé :
un levier pour améliorer
la prise en charge des usagers*



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS



Préface

Partir du mode d'expression des usagers le plus courant et le plus spontané - les plaintes et les réclamations - pour l'utiliser ensuite comme levier afin de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, tant des personnes hospitalisées que de leur entourage : l'idée n'est pas révolutionnaire, elle chemine depuis quelques années. De très nombreux établissements se sont ainsi emparés aujourd'hui de cette problématique. Pour autant, nombreux sont ceux qui ont le sentiment de ne pas avoir développé la démarche en son entier et désirent aller encore plus loin.

Ce guide, élaboré en collaboration avec une vingtaine d'établissements de santé (aussi bien publics que privés et de toutes tailles), a été conçu pour répondre à cette attente. Il propose une méthodologie simple mais aboutie, dont le respect de toutes les étapes doit conduire à une exploitation des plaintes et des réclamations générant des progrès sensibles en terme de qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Ce guide se présente donc comme un outil précieux, tant au regard de la méthodologie proposée qu'à celui du champ concerné.

La méthodologie proposée est d'autant plus intéressante qu'elle est transposable à toute démarche qualité. Elle renvoie en effet aux questions incontournables que tout responsable soucieux d'assurer un service de qualité, au sein d'un établissement, est conduit à se poser :

- > la place réservée à l'utilisateur : est-il au centre des préoccupations de l'organisation ?
- > l'efficacité du travail fourni par l'ensemble des personnels ;
- > l'adéquation de l'organisation et de l'encadrement avec les objectifs assignés ;
- > les améliorations et les moyens d'y parvenir.

Enfin, il faut souligner que ce travail d'analyse des plaintes et des réclamations nourrit non seulement les rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, mais aussi des conférences régionales de la santé. Cette démarche aura, par voie de conséquence, un impact sur les orientations de la politique de santé publique au niveau régional. Cela donne toute la mesure de l'importance que revêt ce guide, instrument de la qualité, mis à disposition des établissements de santé.

Annie Podeur

Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sommaire

Préambule _____	1
Quel est le champ couvert par les « plaintes » et les « réclamations » ? _____	5
Un support méthodologique : pour quoi ? _____	5
Un support méthodologique : pour qui ? _____	6
Avertissement _____	6

p. 7 Organisation du recueil de l'expression des usagers

Favoriser une écoute au plus près des usagers _____	8
Construire et mobiliser un réseau de personnes pour prendre en charge les difficultés exprimées par les usagers aux différents stades de leur parcours dans l'établissement _____	8
Sensibiliser les professionnels à une écoute de proximité et les informer sur l'organisation du traitement des plaintes et des réclamations _____	10
Informers les usagers sur les modalités d'expression, la CRU et les interlocuteurs à contacter _____	11

p. 13 Enregistrement, traçabilité et réponse à toute expression des usagers

La traçabilité et l'enregistrement des données _____	15
Le processus de réponse au plaignant _____	15

p. 19 L'exploitation statistique des plaintes et des réclamations

Les objectifs d'une exploitation statistique et les types de statistiques _____	20
Un exemple de grille d'exploitation statistique par nombre, motif et service _____	20

p. 23 L'exploitation qualitative des plaintes et des réclamations pour améliorer la qualité de la prise en charge

Un exemple de grille de motifs d'insatisfaction resitués dans la chaîne de la prise en charge _____	24
Du ou des motifs d'insatisfaction exprimés à l'identification de causes possibles de dysfonctionnement _____	26
Les dispositifs de suivi de la mise en place de la démarche de traitement des plaintes et des réclamations _____	32

p. 33 Le guide méthodologique en 10 points clés

p. 37 Annexes

Préambule

Depuis les années 80, les relations entre les usagers et les établissements de santé connaissent une évolution sensible vers une plus grande prise en compte des attentes de ceux-ci, grâce à une organisation institutionnelle mieux adaptée et à un dispositif législatif renforcé. L'instauration récente des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) constitue une avancée importante dans ce processus.

Cette nouvelle instance se présente non seulement comme un outil de médiation entre les établissements de santé et les usagers considérés individuellement, comme l'étaient les commissions de conciliation, mais elle est aussi - et c'est essentiel - un levier pour améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge de l'ensemble des usagers, à partir notamment d'une exploitation appropriée des plaintes et des réclamations.

Ce document, conçu comme un support méthodologique pour toute personne chargée de la gestion des plaintes et des réclamations au sein des établissements de santé, propose des modalités de recueil, de traitement et d'exploitation de celles-ci.

Quel est le champ couvert par les « plaintes » et les « réclamations » ?

Généralement, les « plaintes » et les « réclamations » se limitent à ce qui est exprimé dans les courriers reçus par l'établissement. Le champ retenu ici est bien plus large.

Seront considérées dans ce document comme « plaintes » et « réclamations »,

toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil. À savoir :

- > les plaintes (à l'exclusion des plaintes à caractère gracieux et juridictionnel)⁽¹⁾ ;
- > les lettres de doléances ;
- > les appels téléphoniques, visites, courriers électroniques ;
- > les supports permettant une expression libre des usagers (enquêtes 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.

En outre, il conviendra de prendre également en considération les témoignages de satisfaction et les commentaires élogieux afin d'identifier ce qui est ressenti positivement par les usagers et de le valoriser.

Un support méthodologique : pour quoi ?

Ce guide a pour vocation essentielle de proposer des recommandations méthodologiques, en vue de la mise en place d'une démarche d'analyse et d'exploitation des plaintes et des réclamations dans la perspective d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et de veiller au respect de leurs droits.

Il s'agit, pour chaque établissement, de faire sienne une conception du traitement des plaintes et des réclamations qui ne se satisfait

(1) 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.

plus d'une simple réponse au plaignant mais qui entend, à partir des informations révélées au travers des griefs exprimés par les usagers, analyser l'organisation de la chaîne de la prise en charge, afin d'en déceler les dysfonctionnements et d'apporter les actions correctives nécessaires.

Ce guide a également pour objet de faciliter l'adaptation des processus de gestion des plaintes et des réclamations à la nouvelle réglementation en vigueur concernant la CRU et aux exigences du manuel de certification V2 (cf. annexe 2).

Un support méthodologique : pour qui ?

Ce guide s'adresse à tous les établissements de santé, quel que soit leur degré d'implication dans la démarche de la gestion des plaintes et des réclamations.

Chacun, en effet, pourra y puiser, selon son contexte et sa problématique spécifique, les éléments de nature à faire évoluer sa politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches :

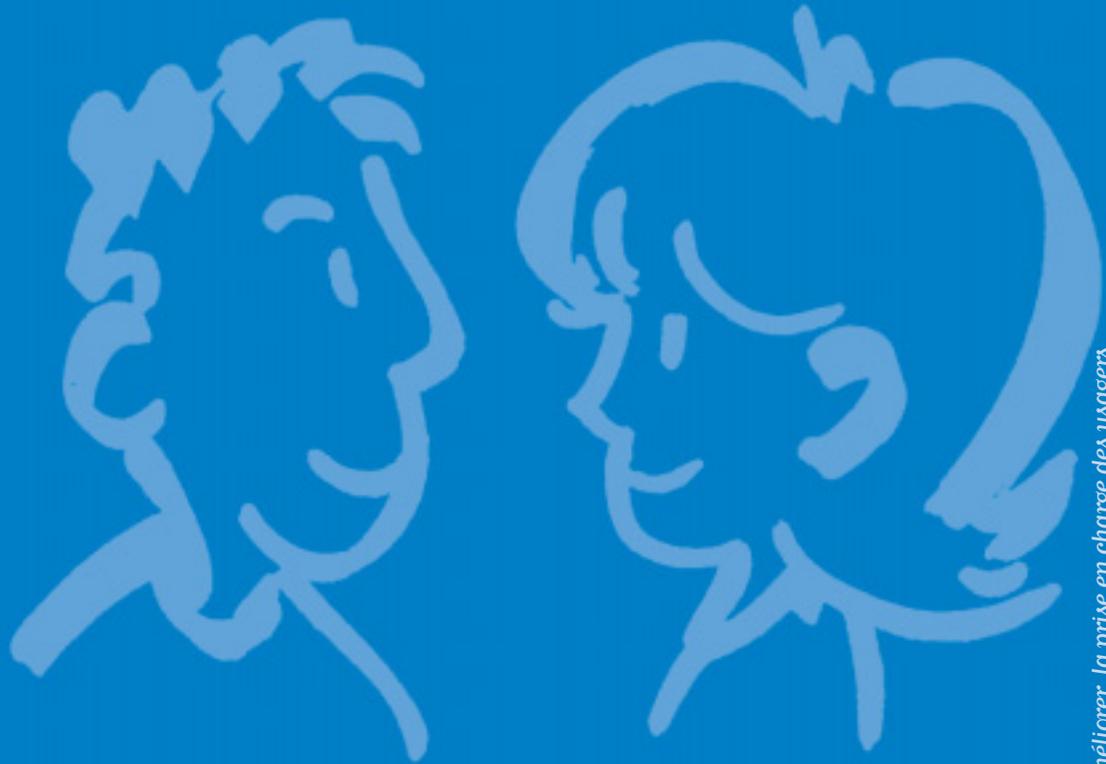
- > ceux qui initient une démarche y trouveront un état des lieux des pratiques existantes et des conseils qui leur permettront, dans un premier temps, de mettre en place **un processus de traitement simple** des plaintes et des réclamations ; cette première étape maîtrisée, ils devront, dans un second temps, aller plus loin encore dans le processus d'analyse ;
- > à ceux qui ont déjà mis en place des démarches stabilisées de traitement et de gestion des plaintes et des réclamations, ce guide propose **des processus d'analyse** de celles-ci ouvrant de véritables perspectives d'amélioration de la qualité de la prise en charge de leurs usagers.

Avertissement

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 mécontents 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.

Ce guide invite en définitive les professionnels à une transformation du 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.



Organisation du recueil de l'expression des usagers

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge, il convient d'accroître les possibilités offertes aux usagers de s'exprimer, pour définir des pistes de progrès.

Il s'agit donc à la fois de multiplier les dispositifs de recueil, mais aussi de développer une culture de l'écoute à tous les niveaux, les deux allant de pair avec une politique d'information et de communication vis-à-vis des professionnels et des usagers.

Favoriser une écoute au plus près des usagers

Le chapitre 1 du manuel d'accréditation V 2 précise, dans sa référence n°2b (cf. annexe 2) :

« L'expression du patient et de son entourage est favorisée. Parmi les conditions favorables à l'expression du patient et de son entourage, on peut citer l'aménagement de lieux d'écoute, la participation des usagers et des associations de malades et de familles dans l'organisation de l'établissement, l'organisation du recueil et de la gestion des suggestions et des plaintes, l'identification des soignants, la mention dans le livret d'accueil des associations de patients et de la commission des relations avec les usagers et de ses missions ».

Conformément à ces dispositions, les établissements sont donc encouragés à favoriser l'expression des usagers par des enquêtes auprès des patients et de leur entourage, des boîtes à suggestion, des dispositifs d'écoute...

Construire et mobiliser un réseau de personnes pour prendre en charge les difficultés exprimées par les usagers aux différents stades de leur parcours dans l'établissement

Les personnels dans les services jouent un rôle essentiel dans le traitement « à chaud » des dysfonctionnements.

L'expérience montre en effet qu'au sein des services, une prise en compte immédiate de l'expression d'un mécontentement favorise le plus souvent une résolution rapide et efficace du dysfonctionnement signalé et permet, le cas échéant, de limiter les risques de contentieux. Pour autant, l'action du personnel limitée à ce traitement effectué à proximité, est insuffisante : il convient, de surcroît, de recenser par le biais des fiches d'événement indésirable (FEI), par exemple, ces formulations d'insatisfaction, afin d'en assurer la prise en compte dans la démarche globale d'amélioration de la qualité de la prise en charge (cf. page 15 : la traçabilité et l'enregistrement des données).

Ces pratiques de proximité qui doivent être encouragées ne dispensent pas de la nécessité de désigner une personne au sein de l'établissement, clairement identifiée par le personnel et les usagers, pour assumer la fonction de **responsable des relations avec les usagers**. Il s'agit du représentant légal (directeur) ou de toute autre personne déléguée par lui pour assurer cette fonction. Selon les cas, et notamment la taille de l'établissement, cette fonction requerra un poste à plein temps (« chargé des relations avec les usagers », par exemple), ou sera couplée avec une autre fonction (« responsable qualité », par exemple).

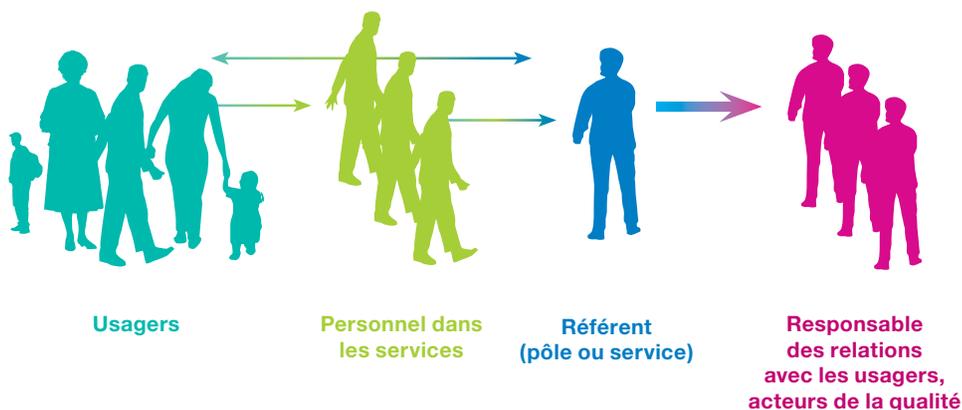
Ce responsable, qui ne peut en aucun cas être le médiateur⁽²⁾, est la personne vers laquelle convergent toutes les manifestations de satisfaction ou d'insatisfaction des usagers, et qui travaille en collaboration étroite avec les autres acteurs de la qualité. Ensemble, ils approfondissent les causes de ce qui s'exprime sous la forme d'un mécontentement et définissent les actions correctives à apporter. **Autrement dit, l'existence d'une telle fonction favorise l'exploitation centralisée des problèmes rencontrés, quand le traitement, lui, se réalise au plus près des usagers.**

Le plaignant pourra être mis en relation avec ce responsable, alors même que les médiateurs ne seront pas saisis. Ainsi, la majorité des différends pourront se résoudre aisément, sans qu'il soit nécessaire d'instruire l'affaire dans le cadre de la CRU. Rappelons, en effet, que la saisine du médiateur déclenche de façon automatique la saisine de la CRU.

Quelques fondamentaux du profil et de la mission d'un « chargé des relations avec les usagers », d'après l'hôpital Sainte-Anne (Paris)

- > Avoir une bonne connaissance de l'institution
- > Faire preuve de neutralité et d'indépendance tant au niveau des usagers que des services
- > Restaurer le lien entre l'utilisateur et l'établissement de santé
- > Promouvoir la médiation usager/service, usager/médiateur
- > Repérer d'éventuels dysfonctionnements et en favoriser la remontée d'information
- > Adopter un comportement adapté pour gérer les situations difficiles
- > Expliquer de manière claire, appropriée et compréhensible (une réclamation pouvant avoir des suites contentieuses sur le plan juridique)

(2) Pour des raisons d'indépendance, la fonction de médiateur est incompatible avec celle de responsable des relations avec les usagers.



Dans le cas de structures plus importantes, il peut être également intéressant de s'appuyer sur un réseau de **référénts**, désignés par pôle ou par service. Ils seront chargés de compléter éventuellement l'information donnée par le personnel aux usagers quant aux démarches à suivre et aux interlocuteurs pertinents. Informés de toutes les difficultés rencontrées au niveau d'un pôle ou d'un service, ils ont surtout pour rôle de développer une analyse fine du fonctionnement de celui-ci et de travailler en collaboration étroite avec le responsable des relations avec les usagers et les autres acteurs de la qualité pour définir des actions correctives.

Qu'il s'agisse des référents ou du responsable chargé des relations avec les usagers, il est important de définir précisément leurs attributions et le périmètre de leurs responsabilités dans **une fiche de poste adaptée**.

Sensibiliser les professionnels à une écoute de proximité et les informer sur l'organisation du traitement des plaintes et des réclamations

La mise en place, seule, de dispositifs d'écoute et d'un réseau d'acteurs est insuffisante. Elle doit impérativement

s'accompagner d'**une sensibilisation des acteurs médicaux et non médicaux à une écoute de proximité, ainsi que d'une information sur les différents interlocuteurs concernés**.

Ces informations et ces actions de sensibilisation peuvent être favorisées de différentes façons :

- > paragraphe dédié dans le guide du nouvel arrivant ;
- > implication des professionnels dans des groupes de réflexion thématiques, visant à améliorer la qualité de la prise en charge ;
- > actions de formation ;
- > organigrammes, fiches de poste ;
- > site intranet ;
- > journaux internes ;
- > diffusion d'extraits de courriers, d'appels, de visites dans les services, après anonymisation, sous la forme d'un recueil ou par le biais des journaux internes ;
- > diffusion des analyses statistiques des plaintes et des réclamations dans les pôles ou les services ;
- > analyse de ces données dans les réunions de pôles ou de services ;
- > information des instances représentatives et consultatives concernées ;
- > ...

Informers les usagers sur les modalités d'expression : la CRU et leurs interlocuteurs

De même, doivent être portés à la connaissance des usagers les différentes possibilités d'expression, le fonctionnement de la CRU et l'existence des fonctions de responsable des relations avec les usagers et de référent, et ce, par tous les supports possibles :

- > livret d'accueil ⁽³⁾ ;
- > affichage dans les principaux locaux de l'établissement accessible au public ;
- > charte de la personne hospitalisée ;
- > site internet ;
- > dépliants ;
- > ...

Dans tous les cas, il est nécessaire d'adapter l'information sur les fonctions et l'identité des personnes qui en ont la charge, ainsi que sur les dispositifs d'expression, aux spécificités du contexte et des établissements (hôpitaux psychiatriques par exemple), en prenant garde à l'inflation d'informations et à la surcharge visuelle pour les usagers.

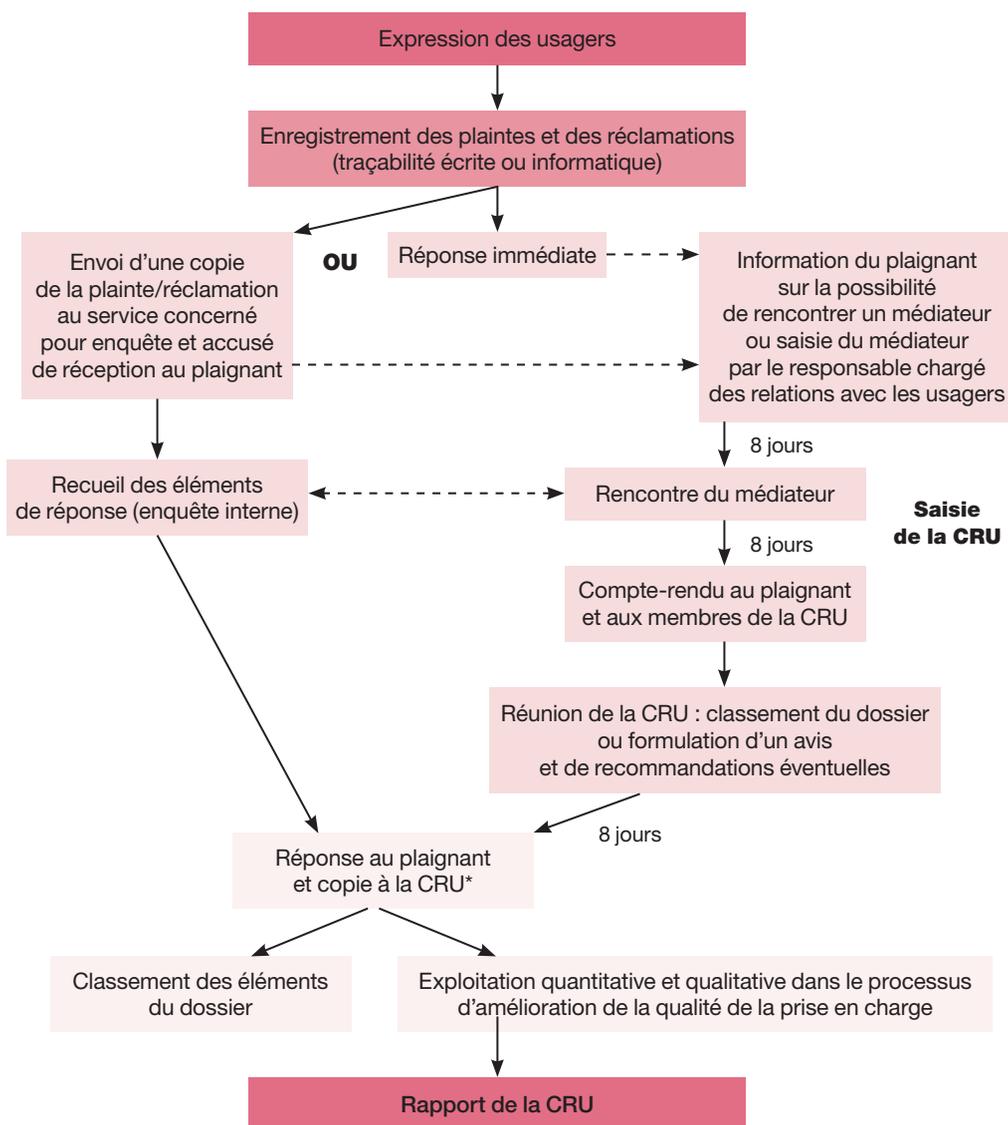
(3) Il doit réglementairement reprendre les articles du code de la santé publique relatifs à l'examen des plaintes et des réclamations (article R. 1112-91 à R. 1112-94) et comporter la liste des membres de la CRU (article R. 1112-84).



Enregistrement, traçabilité et réponse à toute expression des usagers

Une fois recueillies, toutes les plaintes et les réclamations doivent être traitées et faire l'objet d'une réponse. Elles doivent ensuite être analysées et exploitées, en vue d'utiliser les éléments d'information que l'on peut en extraire comme source d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la personne malade ou de ses proches.

Au-delà des spécificités propres à chaque établissement et du canal par lequel parviennent les plaintes et les réclamations, quelques grands principes peuvent guider le traitement de celles-ci et les réponses à apporter au plaignant. Le schéma ci-dessous reprend l'ensemble du processus, chaque étape étant ensuite détaillée.



* La copie de la réponse n'est communiquée à la CRU que si la réponse intervient après examen de la commission (article R. 1112-94). Lorsqu'il s'agit d'une réponse n'ayant pas nécessité un examen de la CRU, cette dernière est informée par une simple « mise à disposition » de l'ensemble des plaintes (article R. 1112-79).

La traçabilité et l'enregistrement des données

Dans tous les cas, y compris lorsque les plaintes et les réclamations sont directement formulées et traitées dans les services, il est nécessaire d'encourager la traçabilité des données. Il convient d'insister sur le fait que le développement d'une culture de signalement est un moyen de valoriser le temps passé par le personnel à régler au quotidien de multiples petits problèmes.

Le processus de réponse au plaignant

L'accusé de réception et l'information faite au plaignant de la possibilité de rencontrer un médiateur

Toute plainte ou réclamation enregistrée qui ne fait pas l'objet d'une réponse immédiate circonstanciée, donne lieu à un accusé de réception au plaignant et se voit transmise au(x) service(s) ou pôle(s) concerné(s) pour recueillir les éléments d'analyse manquants. L'accusé de réception consiste à faire savoir au plaignant que sa réclamation a bien été reçue et à l'informer sur les modalités de traitement.

Mode d'émission des plaintes et des réclamations	Exemples de supports de traçabilité
Par oral, dans les services	Développer une culture du signalement par le biais des FEI (fiches d'événement indésirable) en mettant en place par exemple, un mécanisme incitatif ⁽⁴⁾
Par téléphone (et/ou répondeur) À l'occasion d'un entretien avec le responsable chargé des relations avec les usagers	Compte-rendu systématique (nom du plaignant, date des faits, pôle(s) ou service(s) concerné(s), objet de la demande, suites à donner) ⁽⁵⁾ Si l'entretien ne donne pas satisfaction, inciter le plaignant à écrire. Vérifier si le plaignant s'est adressé au pôle ou au service et si oui, la raison qui l'amène à poursuivre sa démarche vers un autre interlocuteur
Par écrit (courrier)	Conservation dans un chrono Registre des réclamations (ou registre informatique) ⁽⁶⁾
Par courrier électronique	Idem
Par écrit, dans les rubriques libres des questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction	Idem si le support est utilisé explicitement par l'utilisateur pour exprimer une plainte ou une réclamation

(4) La clinique Claude-Bernard à Metz a mis en place une prime d'intéressement.

(5) Voir un exemple de fiche en annexe n°3. Là encore, la production d'une telle fiche valorise le temps dédié à l'écoute de l'utilisateur.

(6) Le registre n'est pas réglementairement obligatoire. Lorsqu'il existe, les informations contenues dans le registre peuvent être communiquées à l'auteur de la plainte, sous réserve de masquer les informations ne le concernant pas directement. Dans le cadre d'une recherche, les informations contenues dans le registre peuvent être communiquées si elles ont été préalablement anonymisées. Pour ce qui est des membres de la CRU, strictement tenus au secret professionnel, ils sont informés de l'ensemble des plaintes et des réclamations et peuvent avoir accès aux données médicales qui y sont relatives, sous réserve de l'accord écrit de la personne concernée. Dans le cas où le registre est informatisé, il est soumis à une déclaration préalable auprès de la CNIL.

Il est aussi l'occasion de préciser le nom et les coordonnées du responsable des relations avec les usagers. Il peut être proposé de prendre directement contact avec lui en vue d'un entretien.

En outre, il est prévu que le plaignant soit informé de la possibilité de rencontrer un médiateur ou les médiateurs. Dans le cas où le médiateur médecin est saisi, le plaignant doit l'autoriser par écrit à consulter son dossier médical. La rencontre a lieu dans les 8 jours suivant la saisine, et si possible avant la sortie du patient, dans l'hypothèse où celui-ci est hospitalisé. Le médiateur médecin est compétent pour les plaintes et les réclamations liées à l'organisation des soins et le fonctionnement médical. Le médiateur non médecin est compétent pour les autres questions. Le médiateur rend compte de sa rencontre sous 8 jours au président de la CRU, qui transmet les informations aux autres membres de la commission. La CRU se réunit⁽⁷⁾ et peut, si elle le juge utile, demander à rencontrer le plaignant. Elle peut soit décider du classement du dossier, soit formuler des recommandations pour apporter des solutions. Dans les 8 jours qui suivent la séance, le responsable des relations avec les usagers répond au plaignant en y joignant l'avis de la commission.

Le recueil des éléments de réponse

Le médiateur (médecin et/ou non médecin), l'encadrement des services et les éventuels référents ont un rôle pivot dans la recherche des informations et des faits à l'origine de la plainte ou de la réclamation. Les plaintes et les réclamations comportant généralement plusieurs motifs, il est conseillé d'énumérer, à l'attention des pôles ou des services, les différents points sur lesquels ils devront s'expliquer.

Le responsable chargé des relations avec les usagers, vers lequel convergent les éléments de réponse, peut également s'appuyer, si nécessaire, sur d'autres ressources internes, à mobiliser en fonction de leurs compétences et des moyens dont disposent les établissements :

- > les services juridiques ;
- > la direction des soins ;
- > le service social ;
- > les sous-commissions spécialisées de la CME ou autres commissions compétentes dans les domaines de lutte contre la douleur ou de lutte contre les infections nosocomiales ;
- > les référents en matière d'hygiène ;
- > ...

(7) Aucun délai n'est fixé si ce n'est qu'elle doit se réunir au moins une fois par trimestre. Elle peut donc attendre d'avoir plusieurs affaires à examiner pour prévoir une réunion.

La mise en forme finale pour réponse au plaignant

Le responsable chargé des relations avec les usagers assure la mise en forme finale de la réponse

au plaignant. Un soin particulier doit être apporté à celle-ci. Les quelques principes⁽⁸⁾ rappelés ci-dessous peuvent être utiles à cet égard.



Prendre en compte le point de vue du plaignant	Soigner la forme
<ul style="list-style-type: none"> > Être précis et exhaustif dans les explications > Savoir reconnaître ses erreurs ou négligences avec <i>discernement</i>⁽⁹⁾ > Répondre avec tact > Demeurer neutre et cordial 	<ul style="list-style-type: none"> > Soigner la présentation de la lettre, la disposition des paragraphes > Préciser le nom et adresse du service qui répond, de la personne chargée du dossier > Éviter le style administratif, les formules inutiles > S'impliquer en utilisant le « je » ou le « nous » > Reformuler la demande de façon claire et concise > Se garder de tout jugement de valeur

Expliquer et argumenter	Aboutir à une conclusion
<ul style="list-style-type: none"> > Être logique et exprimer ses arguments dans un ordre qui satisfasse le raisonnement et la chronologie des faits > Formuler chaque argument dans un paragraphe différent > Les classer par ordre d'importance > Éviter les explications trop techniques > Exprimer des faits plutôt que des affirmations de principe > Ne pas chercher à justifier en toute circonstance > Faire référence, lorsque c'est nécessaire, aux grands principes qui fondent l'accueil dans les établissements de santé > Éviter toute autosatisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> > La conclusion présente un caractère à la fois technique (position prise) et relationnel (note personnelle) > Elle se déduit logiquement de l'argumentation > Elle doit évoquer les solutions qui demeurent ouvertes au plaignant si la réponse ne lui donne pas satisfaction : voies de recours... > Elle insiste sur les mesures prises pour remédier aux dysfonctionnements > Elle remercie le plaignant, sans emphase, de son témoignage > <i>Il peut être opportun de présenter des excuses</i>⁽¹⁰⁾

(8) Ces principes sont directement issus du guide de l'AP-HP, département des droits du malade, « Les réclamations à l'hôpital : écouter, informer, orienter », 1999.

(9) Reconnaître ses erreurs et présenter des excuses doit toujours se faire avec discernement afin de ne pas mettre l'établissement dans une situation délicate, où ces attitudes pourraient être interprétées comme reconnaissance d'une faute ouvrant droit à indemnité.

(10) Idem note supra.

Le classement des éléments du dossier

Toutes les plaintes et réclamations doivent faire l'objet d'un classement, chaque dossier devant comprendre l'ensemble des éléments : expression du plaignant, accusé de réception, échanges avec les pôles ou services, compte rendu du médiateur et avis de la CRU - le cas échéant -, réponse au plaignant.

L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations dans le processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge

Le processus décrit jusque-là consiste à « traiter » les doléances exprimées par les usagers, au sens de donner une réponse au plaignant ou de lui proposer une médiation et peut apparaître comme une façon de clore le dossier en même temps que l'échange engagé. **Or, ce guide a, au contraire, vocation à favoriser la prise en compte des plaintes et des réclamations et à les considérer comme étant une occasion de faire l'analyse de l'organisation de la chaîne de la prise en charge, afin d'en déceler les dysfonctionnements et d'apporter les actions correctives nécessaires.** Les chapitres suivants sont entièrement consacrés à cette étape, incontournable, d'un traitement achevé des plaintes et des réclamations.

Deux types d'exploitation peuvent être retenus :

- > **une exploitation purement statistique, visant à dégager les principales sources de satisfaction et d'insatisfaction à l'égard du service rendu (chapitre page 19 et suivantes) ;**
- > **une exploitation plus qualitative permettant de déceler l'origine des motifs de la plainte ou de la réclamation (chapitre page 23 et suivantes).**

Ces deux types d'exploitation sont complémentaires. Quel que soit le mode d'entrée choisi, il doit s'intégrer dans une démarche d'ensemble, où s'articulent gestion des réclamations, gestion des risques et démarche qualité.



L'exploitation statistique des plaintes et des réclamations

Les objectifs d'une exploitation statistique et les types de statistiques

L'exploitation statistique vise à détecter les problèmes récurrents dont les usagers se plaignent afin de disposer d'une photographie des principales sources de satisfaction et d'insatisfaction à l'égard du service rendu. Il est alors possible de mettre en place des actions correctrices soit directement à partir de ces informations, soit en les croisant avec d'autres sources (enquêtes satisfaction, FEI, etc.). **La réflexion gagne à être approfondie au sein de « groupes qualité », réunissant les différents types d'acteurs concernés (personnels des services – médical/non médical, responsables qualité, gestion des risques, gestion des réclamations, référents...).**

Plusieurs types de statistiques peuvent être effectuées :

- > comptabilisation en nombre⁽¹¹⁾ (de plaintes, de réclamations, de commentaires élogieux...);
- > comptabilisation par service (une même plainte ou réclamation pouvant concerner plusieurs services);
- > comptabilisation par type de motif exprimé, une réclamation contenant généralement plusieurs motifs (cf. annexe 5 pour quelques exemples de grilles).

Quel que soit le mode de comptabilisation adopté, il convient de mettre en rapport les chiffres absolus avec l'activité de l'établissement et/ou du service et/ou du pôle, afin d'obtenir des indicateurs.

Un exemple de grille d'exploitation statistique par nombre, motif et service en charge

La grille d'exploitation statistique doit être le reflet de la politique de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La grille suivante, inspirée de la charte de la personne hospitalisée (cf. annexe 4, page 41), peut en fournir les principales têtes de chapitre (ou domaines), à décliner par la suite⁽¹²⁾. Afin de faciliter l'alimentation de la grille et de limiter les écarts d'encodage entre les personnes chargées de la manier, il est très important que les rubriques soient formulées au plus près de la façon dont le patient s'exprime. En outre, la grille gagne à être pensée en lien avec les supports utilisés par le service gestion des risques (fiche d'événement indésirable)⁽¹³⁾, ou par le service qualité (manuel de certification) pour faciliter le rapprochement des données.

(11) Rappelons, comme cela a été précisé dans le préambule, qu'une augmentation du nombre de plaintes et de réclamations n'est pas nécessairement le signe d'une dégradation de la qualité de la prise en charge, mais peut au contraire témoigner de la volonté de l'établissement de multiplier les canaux d'expression pour les usagers. Il peut donc s'agir d'un indice de qualité, plus que d'un indice de non qualité.

(12) En annexe n°5, on trouvera un autre exemple de grille, telle que la pratique l'AP-HP.

(13) Cf. annexe n°6, grille commune à la gestion des risques et des réclamations utilisée par la clinique Claude-Bernard à Metz.

Grille type d'analyse statistique par nombre, motif et service

	Service X	Service Y	Service Z	Total
1. Qualité des soins et traitement				
Qualité des soins				
Prise en compte de la douleur				
...				
2. Qualité de l'accueil et de l'environnement				
Admission				
Alimentation, hôtellerie				
...				
3. Information, consentement, accès à l'information				
Information sur les soins, les traitements, accès au dossier médical				
4. Respect de la vie privée, des croyances et de l'intimité du patient				
Promiscuité, bruit...				
5. Accès aux soins				
6. Sécurité des biens et des personnes				
7. Qualité de la prise en charge administrative				
8. Autres				
Total				

La grille peut être complétée par d'autres informations pour déterminer l'auteur de la plainte (le patient - homme/ femme/enfant, vivant/décédé... -, les proches...), le mode de transmission de la réclamation (courrier, entretien,

téléphone, message électronique, chef de service, référent...), le but recherché par le plaignant (témoignage, réparation, excuses, sanction, information...).



L'exploitation qualitative des plaintes et des réclamations pour améliorer la qualité de la prise en charge

L'amélioration de la qualité de prise en charge suppose une analyse de type qualitative qui permet de passer du motif exprimé dans la plainte ou la réclamation à son origine, aux causes qui l'ont provoquée.

Ce n'est plus l'évaluation par l'utilisateur du service rendu qui est recherchée, mais la reconstitution, pour l'établissement, de la chaîne des événements qui a finalement conduit à rendre un service insatisfaisant du point de vue du plaignant.

Pour mettre à jour ces dysfonctionnements, ce guide propose d'analyser la réclamation comme l'histoire singulière d'un patient et/ou de son entourage qui ont été amenés à fréquenter un établissement et qui y ont vécu une prise en charge qu'ils estiment insatisfaisante. Il ne s'agit plus d'agrèger les réclamations entre elles, par motif ou par service, pour en dégager quelques grands axes de progression, mais de les prendre en compte, une à une, ou d'en sélectionner certaines d'après des critères à définir⁽¹⁴⁾ et d'en effectuer une analyse approfondie.

Un exemple de grille de motifs d'insatisfaction resitués dans la chaîne de la prise en charge

L'analyse qualitative de la réclamation commence par un examen du contexte des problèmes évoqués par le plaignant, autrement dit par **la reconstitution des étapes de son parcours et des problèmes rencontrés à chacune de ces étapes.**

En effet, un grief portant sur « l'information » ne se traite pas de la même façon selon qu'il s'agit de l'information sur les soins et les traitements, de l'information sur le temps d'attente aux urgences ou de l'information sur les conditions d'admission et de sortie de l'établissement de santé. Il est donc nécessaire de **resituer le problème rencontré, au moment où il s'est produit, dans la chaîne de la prise en charge.**

La grille ci-dessous fournit les principales étapes du parcours d'un patient et des exemples de domaines qui sont concernés par les motifs exprimés.

Motifs d'insatisfaction exprimés et domaines concernés à chacune des étapes du parcours du patient

Étapes du parcours	Exemples de motifs d'insatisfaction exprimés	Exemples de domaines concernés par ces motifs
Arrivée dans l'établissement	> Mauvais aiguillage (le patient est réorienté vers un autre établissement)	> Connaissance de la carte des établissements et de leurs compétences par le transporteur primaire > Signalétique pour accéder à l'établissement
	> Absence de prise en compte des ordonnances, informations, examens effectués précédemment	> Organisation du réseau de soins
	> Problème d'amabilité, de tenue vestimentaire, erreurs dans la prise des coordonnées...	> Accueil/admission
	> Mauvaise compréhension ou méconnaissance des règles de fonctionnement de l'établissement	> Accueil/admission des patients spécifiques (étrangers, handicapés...)

(14) La CRU et/ou les services qualité pourraient contribuer à la définition de ces critères (gravité, criticité, acceptabilité...).

Étapes du parcours	Exemples de motifs d'insatisfaction exprimés	Exemples de domaines concernés par ces motifs
Attente	> Délai pour un rdv, une consultation, un examen	> Gestion des plannings
	> Décor, éclairage, insalubrité, odeur, confort, espace, services type boissons...	> Gestion des conditions d'attente
	> Manque d'explications sur le tri opéré, sur le temps d'attente du patient et de l'entourage resté dans la salle d'attente	> Information
	> Douleur persistante	> Politique de la prise en charge de la douleur
	> Amabilité...	> Relations avec le personnel
Prise en charge	> Mise en cause de la compétence médicale, manque de cohérence des diagnostics, répétition des actes	> Diagnostic, traitement administré > Information, écoute des patients
	> Explications du patient et/ou de son entourage sur le diagnostic, hypothèses, examens, traitements (risques et bénéfiques) transferts éventuels... Consultation de l'entourage avant prise de décision.	> Information > Gestion des relations avec l'entourage
	> Infection nosocomiale	> Politique de lutte contre les infections nosocomiales
	> Douleur persistante	> Politique de la prise en charge de la douleur
Transferts du domicile vers un autre établissement ou service	> Aide apportée, qualité du transport, multiplicité des déplacements, comportement des ambulanciers... > Explications sur la décision	> Organisation des transferts de malades ou de personnes décédées > Information
Hospitalisation	> Alimentation, hygiène, services proposés, aide aux repas	> Organisation du pôle/ Gestion des ressources humaines > Organisation du travail et contrôle des prestataires
	> Qualité des soins, information, traitement de la douleur, attitude du personnel vis-à-vis de l'entourage	> Compétences techniques et relationnelles
	> Attitude du personnel	
	> Prise en charge de la douleur dans l'accompagnement de la fin de vie	> Accompagnement fin de vie
	> Vols	> Sécurité des biens et des personnes
Sortie	> Information sur le diagnostic final, examens à pratiquer, précautions à prendre...	> Préparation de la sortie, de la réinsertion du malade
	> Information sur les causes, les circonstances du décès, accompagnement et soutien de l'entourage	> Information > Gestion des décès
Post-hospitalisation	> Contestation	> Facturation
	> Transmission des données du dossier	> Accessibilité des dossiers
Situations de crise	> Information sur les reports d'intervention, jeûne prolongé	> Suivi des reports d'intervention
	> Infection née au sein de l'établissement	> Infections nosocomiales, iatrogènes

Du ou des motifs d'insatisfaction exprimés à l'identification de causes possibles de dysfonctionnement

À chaque motif exprimé peuvent correspondre un ou plusieurs dysfonctionnements dans la chaîne de traitement du patient et de son entourage. **Pour pouvoir identifier ces causes, une enquête approfondie est nécessaire.** Plusieurs principes peuvent contribuer à rendre possible cette traduction des motifs exprimés en causes possibles de dysfonctionnement.

Le périmètre d'analyse : l'organisation de la prise en charge

C'est ici que l'opération de « transformation du regard » évoquée en préambule prend tout son sens. Pour éviter les phénomènes de personnalisation des problèmes rencontrés et donc, l'effet de culpabilité qui peut être ressenti par les personnels, les responsables en charge de la qualité ont tout intérêt à insister sur l'objectif de l'analyse et sur son périmètre. Il s'agit de reconstituer des chaînes d'événements, à savoir de repérer des dysfonctionnements dans l'organisation de la prise en charge et ce, afin d'améliorer les pratiques.

Cette organisation repose sur plusieurs éléments, considérés comme autant de leviers d'action potentiels, parmi lesquels on retiendra :

- > **la gestion des compétences :** au-delà du volume des effectifs, se posent des questions en termes d'adéquation entre les compétences requises par le poste et les compétences acquises par les personnes, ainsi que de répartition entre les pôles et les services ;
- > **les moyens matériels** (locaux, lits, équipements...) : ce problème peut

se traiter en termes de quantités allouées, mais aussi en termes d'optimisation des ressources disponibles ;

- > **les coordinations :** ce sont autant **les coordinations internes** (entre pôles, entre intervenants médicaux), que **les coordinations entre l'établissement et l'extérieur** (établissement/médecine de ville ; établissement/transporteurs primaires ; établissement/prestataires de services, etc.) qui doivent faire l'objet d'une réflexion.

Pour illustrer ces propos et à titre d'exemple, on trouvera ci-après une grille d'analyse permettant d'identifier des dysfonctionnements. Elle est issue d'un travail de recherche effectué à l'hôpital Bicêtre⁽¹⁵⁾ (AP-HP).

Exemple d'une démarche permettant de passer du motif de plainte exprimé au dysfonctionnement organisationnel (hôpital Bicêtre, AP-HP)

La grille suivante a été construite à partir des motifs exprimés aux différentes étapes du parcours du patient. À chacun d'eux, on a fait correspondre une problématique organisationnelle. Agrégées entre elles, elles fournissent quelques grandes catégories d'analyse.

Dans cet exemple, les compétences (qui se définissent par le savoir faire que doit avoir acquis tout acteur (médical ou administratif) dans ses relations avec l'utilisateur et l'établissement), sont classées en trois niveaux :

- > **les compétences « techniques » :** elles sont directement liées à l'expertise du métier (pour le médecin, ce peut être sa capacité à transmettre une information au patient sur sa pathologie, pour le personnel administratif du service des admissions, sa capacité à bien informer le patient sur les modalités de paiement des frais de séjour) ;

(15) AP-HP/CREGAS/CRG, 2001, « Les réclamations formulées par les usagers : un outil d'analyse et de progression de l'organisation hospitalière », rapport de recherche.

➤ **les compétences « contractuelles » :**
elles se réfèrent aux règles explicites et implicites du fonctionnement de l'établissement (horaires d'ouverture...);

➤ **les compétences « civiles » :**
elles correspondent à la capacité à gérer des situations de face à face avec les usagers.



Typologie des problématiques organisationnelles

Catégories de problématiques organisationnelles		Attentes et besoins exprimés dans les réclamations
Les compétences	Compétences techniques/Médical	Traitement de la douleur (pendant l'attente, au moment de l'hospitalisation) - Diagnostic et traitement - Information et explications sur le diagnostic, sur les soins, sur les causes d'un décès, sur les suites à donner (transfert dans un autre hôpital, examens complémentaires...) - Séniorisation - Gestion des décès (procédures d'information)
	Compétences techniques/Administratif	Information sur le système de tarification, les règles de facturation - Règles d'exception - Règlement des litiges
	Compétences contractuelles/Médical	Information (pendant l'attente sur les raisons de l'attente, sur le tri des patients aux urgences)
	Compétences contractuelles/Administratif et médical	Information sur le règlement de l'hôpital (sur l'hospitalisation, sur les heures de visite, sur l'impossibilité pour la famille d'accompagner les patients dans le box) - Procédures d'admission (prise des coordonnées)
	Compétences civiles/Administratif et médical	Langage, apparence, comportement, disponibilité (à l'accueil, dans les relations entre le personnel médical, le malade et sa famille)
Les ressources	Effectifs	Gestion des absences (jours fériés, pendant les vacances scolaires) - Planification des effectifs en fonction des flux de patients (prise en compte des pics d'activité) - Longueur des gardes (facteur d'inquiétude pour les malades) - Encadrement des internes - Disponibilité des séniors
	Locaux	Aménagement des locaux et mise à disposition de services (éclairage, chaises, services de type fontaine d'eau, distributeurs, lectures...)
	Lits	Gestion des lits et de leur disponibilité - Organisation du transport des malades
	Les supports logistiques	Dépliants de présentation de l'hôpital - Supports internes de transmission d'information
Les coordinations	Avec les prestataires externes (services non médicaux)	Ménage (hygiène des locaux) - Repas (cohérence des horaires avec le fonctionnement du service, qualité des aliments, correspondance entre ce qui a été demandé et ce qui est servi) - Télévision, téléphone (cohérence des horaires avec l'arrivée et la présence des patients)
	Avec des intervenants médicaux extérieurs	Médecins de ville, infirmiers libéraux, SAMU, pompiers (problème d'aiguillage, et de transmission des informations entre intervenants), ambulanciers
	Entre les médecins dans le service ou à l'intérieur de l'hôpital	Transmission des informations entre intervenants - Gestion des relèves - Cohérence des diagnostics (encadrement des internes)
Autres	Gestion de l'archivage et de la traçabilité des données	Règles d'accès au dossier médical et procédures de transmission
	Gestion des situations de crise	Procédures d'information en situation « perturbée » - Agressions verbales et physiques
	Gestion des vigilances	Procédures d'enregistrement des biens personnels

Favoriser les synergies entre les pôles et/ou les services impliqués dans la qualité de la prise en charge

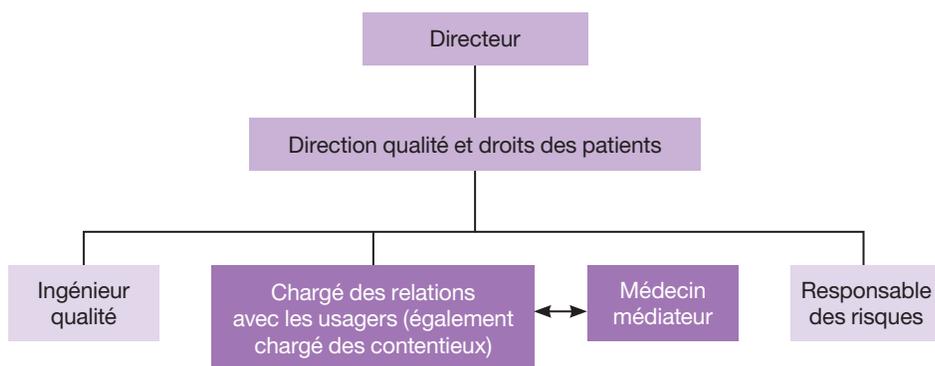
Utiliser les plaintes et les réclamations comme un levier de progression de la qualité de la prise en charge suppose de mettre en place des outils d'analyse, tels que ceux présentés plus haut, mais aussi et surtout de **favoriser les articulations entre la gestion des réclamations et les autres services chargés de la qualité de la prise en charge, comme ceux en charge de la gestion des risques et la qualité. La gestion des plaintes et des réclamations ne peut en effet constituer une action distincte des autres, elle fait partie intégrante d'une démarche d'ensemble d'amélioration de la qualité.**

Sont notamment impliqués, de fait, dans la qualité de la prise en charge :

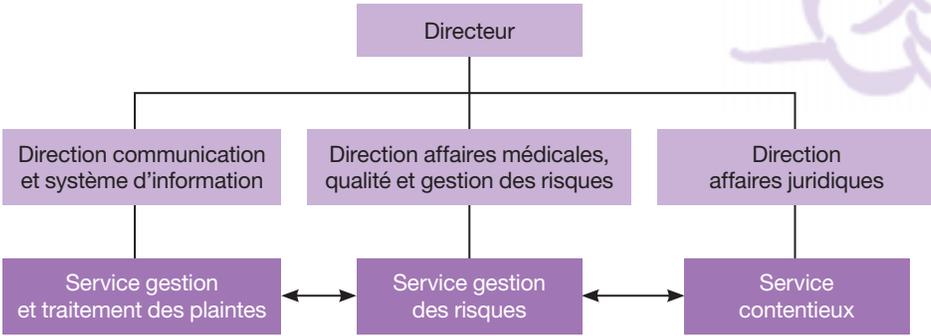
- > le responsable chargé des relations avec les usagers ;
- > le service gestion des risques ;
- > le service qualité ;
- > le service contentieux ;
- > les médiateurs.

En matière d'organisation, la diversité prévaut, comme en témoignent les trois organigrammes suivants : dans le premier (hôpital de l'AP-HP), les services dépendent d'une même direction (une direction « Qualité et droits des patients ») ; dans le second, les services dépendent de trois directions différentes (un CH). Dans le troisième (un hôpital local, orienté vers les longs séjours, spécialisé en gériatrie), chaque personne cumule plusieurs fonctions, l'articulation étant assurée par le responsable qualité. Autrement dit, si **la gestion des problèmes est décentralisée au maximum dans les services, l'exploitation des dysfonctionnements est centralisée. Dans tous les cas, il n'existe pas d'organisation-type idéale : les découpages formels ne préjugent pas de la qualité des interactions entre les services. Quel que soit le type d'organisation adopté, les articulations doivent être construites.**

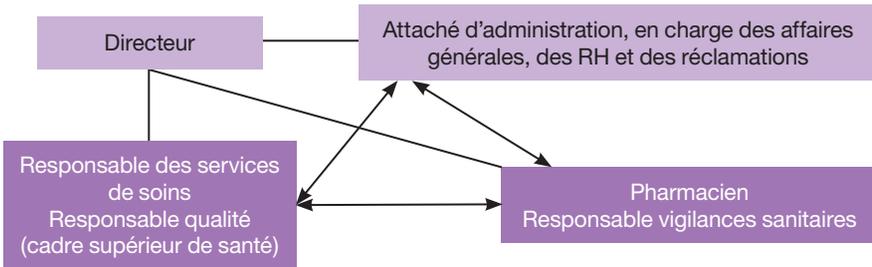
Organigramme n°1 : les services impliqués dans la qualité de la prise en charge dépendent d'une même direction, mais travaillent encore peu ensemble



Organigramme n°2 : les services impliqués dans la qualité de la prise en charge dépendent de trois directions différentes, mais ont construit des synergies



Organigramme n°3 : le responsable de la qualité assure la coordination entre les différentes fonctions impliquées



Légende

- Lien hiérarchique
- ↔ Lien fonctionnel
- Direction
- Acteurs qualité non impliqués dans la gestion des réclamations
- Acteurs qualité impliqués dans la gestion des réclamations

Créer des outils de recueil communs et mutualiser les bases de données entre les réclamations écrites et orales, les enquêtes satisfaction et les fiches de signalement

Un autre type d'articulation peut être réalisé entre les bases de données et les outils de recueil d'expression des usagers utilisés par les différents services.

Pour ce qui est du recueil de l'expression des usagers, la même fiche peut être utilisée :

➤ par le responsable chargé des relations avec les usagers qui traduit les réclamations dans cette fiche (réclamations écrites, orales, issues des enquêtes satisfaction ou des questionnaires de sortie lorsque ces supports sont explicitement utilisés pour exprimer une insatisfaction) ;

➤ par le personnel dans les services.

La clinique Claude-Bernard de Metz a ainsi mis au point une « fiche des événements indésirables » commune (cf. annexe 5, page 42 et suivantes).

Dans le même esprit, le centre Alexis-Vautrin (Nancy) a fait l'acquisition en 2006 d'un logiciel de gestion documentaire qui permet d'entrer dans la même base de données et sur un même support (« déclaration d'événement indésirable ») tous les événements indésirables signalés par le personnel, les plaintes et les réclamations, ainsi que les rubriques libres des enquêtes satisfaction assimilées à des réclamations.

Une arborescence permet de préciser le type d'incident exact et d'en définir des causes.

En outre, à chaque déclaration, correspond une « fiche action », renseignée par le service qualité.

L'ensemble du processus, de l'expression d'un mécontentement à la mise en place d'actions correctives, est ainsi couvert par cette base de données.

Ainsi, il peut être pertinent de constituer une seule et même base de données pour la gestion des plaintes et des réclamations, pour les fiches d'événements indésirables ainsi que pour les enquêtes satisfaction et questionnaires de sortie. Cela facilite non seulement le recueil, mais aussi l'exploitation des données pour définir des axes d'amélioration.

Élaborer un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) unique pour la qualité, la gestion des risques, et les plaintes et les réclamations

Pour donner de la visibilité aux actions de l'établissement et pour encourager la mise en place d'actions correctrices cohérentes, il peut être utile de regrouper les problèmes rencontrés (à partir des plaintes et des réclamations, des audits qualité, des événements indésirables, des rubriques libres des enquêtes) sur un même document : le plan d'action qualité. Ce document est unique pour l'ensemble des dysfonctionnements signalés et il permet d'assigner à chacun, des objectifs de modification atteignables et si possible, quantifiés.

Exemple de plan d'action unique, mis en place par l'hôpital local de Marines (Val-d'Oise)

Référentiel : droit et information du patient (DIP)

Intitulé de référence	Objectif	Actions	Formalisation	Acteurs	Calendrier	Évaluation et périodicité
DIP 1	Intégrer les 2 chartes dans les pratiques professionnelles	Affichage de la charte de la personne âgée dans les services logistiques et la pharmacie Affichage de la charte de la personne hospitalisée dans les salles de soins. Organisation de groupes de réflexion pluridisciplinaires sur le contenu des chartes à partir des cas concrets.	Pendant les transmissions	Cellule Qualité Secrétaire Cadres Soignants Médecins	1 ^{er} semestre 2003 2003	
DIP 2	Développer l'orientation des patients	Mise en place de repères visuels, des rampes d'accès à l'extérieur	Rénovation du bâtiment X, groupe de travail pluridisciplinaire	Service technique Architecte	2003 2005	Plan des bâtiments avec codes couleurs pour indiquer le degré d'accessibilité

Les dispositifs de suivi de la mise en place de la démarche de traitement des plaintes et des réclamations

Le suivi de la démarche consiste en premier lieu à suivre les actions mises en place, consécutives aux analyses effectuées à partir de l'expression des usagers. Ce suivi peut se faire au moyen d'un **plan d'action qualité**, tel que décrit précédemment ou grâce à des « fiches actions », gérées par le service qualité, comme au centre Alexis-Vautrin.

Dans tous les cas, un autre type de suivi est réglementairement imposé au travers **du rapport annuel de la CRU**

(article R. 1112-80 du code de la santé publique - CSP-), qui fait l'objet d'une délibération au sein du conseil d'administration (ou de l'organe qui en tient lieu), à propos de la politique menée par l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Ce rapport s'appuyant sur un certain nombre d'informations (mesures relatives à la politique de l'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement, synthèse des plaintes et des réclamations, résultat d'enquêtes de l'évaluation de la satisfaction des usagers...), prend en compte l'analyse de l'origine des motifs des plaintes, réclamations et commentaires élogieux ainsi que des suites qui leur ont été réservées afin d'apprécier les pratiques de l'établissement. Sur ce fondement, il doit **formuler des recommandations** pour améliorer la qualité de prise en charge, dont il évaluera l'impact de la mise en œuvre d'une année sur l'autre.

Enfin, il convient de noter l'importance que revêt ce rapport dans le cadre de la mission de la conférence régionale de santé (CRS), chargée d'évaluer les « conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé »⁽¹⁶⁾. Il est en effet réglementairement prévu que les rapports de la CRU sont transmis à l'ARH qui en élabore une synthèse et la communique, pour examen, à la CRS. Les éléments contenus dans ces rapports seront essentiels pour l'élaboration du rapport spécifique annuel de la CRS. Ce dernier sera transmis aux responsables des pôles régionaux de l'État qui conduisent des actions dans le cadre du plan régional de santé publique, ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au directeur de la mission régionale de santé. Par ailleurs, les rapports des différentes régions feront l'objet d'une synthèse sur la base de laquelle s'appuiera la réflexion de la conférence nationale de la santé lors de l'élaboration de son propre rapport.

Il importe de souligner que les avis de la conférence régionale de santé sont rendus publics.

On voit ainsi, de façon évidente, comment le rapport de la CRU dont l'efficacité dépendra, pour une part non négligeable, de la qualité de l'exploitation des plaintes et des réclamations formulées par les usagers, constitue un maillon essentiel d'une chaîne de rapports dont on peut légitimement penser qu'ils ont un impact fort sur les orientations de la politique de santé publique.

(16) Article L. 1411-12 du code de la santé publique.



Le guide méthodologique en 10 points clés

Le guide méthodologique en 10 points clés

1 – Transformer son regard et valoriser la gestion des plaintes et des réclamations : celles-ci doivent être perçues comme un moyen permettant une meilleure connaissance du fonctionnement de l'établissement, et ce faisant, comme autant d'opportunités d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et de leur entourage (cf. avertissement du préambule page 5).



2 – Favoriser l'expression des usagers : cet objectif figure dans le manuel d'accréditation V2.

Il peut être atteint en multipliant les enquêtes auprès des patients et de leur entourage, et plus généralement en mettant en place des dispositifs d'écoute. Les usagers et leur entourage doivent alors être informés, par tous les moyens, de leur existence : livret d'accueil, site internet, affichage, etc. (cf. page 7 et suivantes).



3 – Construire et mobiliser un réseau d'acteurs au sein de l'établissement, susceptible de prendre

en charge les difficultés exprimées par les usagers et leur entourage à différents stades de leur parcours : ce réseau peut aussi bien jouer un rôle dans le règlement à chaud des difficultés (personnels dans les services, référents de pôle ou de service), ou, plus à distance, dans une démarche qualité (responsable des relations avec les usagers, médiateurs, acteurs de la qualité). La constitution de ce réseau requiert une sensibilisation du personnel à une écoute de proximité : guide du nouvel arrivant, implication des professionnels dans des groupes de réflexion thématiques, formation, fiches de postes, journaux internes, etc. (cf. page 7 et suivantes).



4 – Enregistrer toute manifestation de satisfaction

ou d'insatisfaction dans un souci de traçabilité des données, et lui apporter une réponse.

Cette réponse peut nécessiter une recherche d'éléments complémentaires. Dans ce cas, la plainte ou la réclamation est transmise au(x) service(s) et pôle(s) concerné(s) et une réponse d'attente est envoyée à l'utilisateur. Ce dernier est également informé de la possibilité de rencontrer les médiateurs. Les médiateurs, l'encadrement des services et les éventuels référents ont un rôle pivot dans la recherche des informations et des faits à l'origine de la plainte ou de la réclamation. Le responsable chargé des relations avec les usagers assure la mise en forme finale, à laquelle un soin particulier doit être apporté. Une fois la réponse apportée, les éléments du dossier sont classés (cf. page 13 et suivantes).



5 – Aller au-delà de la réponse et engager un processus d'analyse de l'organisation

de la chaîne de la prise en charge pour chacun des événements signalés : il s'agit de déceler les dysfonctionnements dans la chaîne et d'engager les actions correctrices nécessaires (cf. page 23 et suivantes).



6 – Procéder à l'exploitation statistique (en nombre, par service, par motif) pour disposer

d'une photographie à l'instant T des principales sources de satisfaction et d'insatisfaction à l'égard du service rendu.

Cette exploitation permet de détecter les problèmes récurrents dont les usagers se plaignent qui nécessitent d'être approfondis (au sein de groupes qualité par exemple) afin de définir des actions correctrices adéquates (cf. page 19 et suivantes).



7 – Réaliser l'analyse qualitative des plaintes et des réclamations en reconstituant la chaîne

des événements qui a conduit à rendre un service insatisfaisant du point de vue du plaignant.

Cette reconstitution passe par l'identification des étapes du parcours et des problèmes rencontrés à chacune de ces étapes (cf. page 23 et suivantes).



8 – Combiner ces deux types d'exploitation - quantitatif et qualitatif - qui sont complémentaires et doivent s'intégrer dans une démarche d'ensemble où s'articulent gestion des réclamations, gestion des risques et démarche qualité.



9 – Favoriser des synergies entre les pôles et/ou services impliqués dans la qualité de la prise

en charge : le traitement des dysfonctionnements identifiés au moyen des analyses quantitative et qualitative doit être effectué en synergie par : le responsable chargé des relations avec les usagers, les médiateurs et les personnes en charge de la gestion des risques, de la qualité et des contentieux. Pour favoriser ces coopérations, plusieurs dispositions peuvent être prises (cf. page 27 et suivantes) :

- construire les articulations entre les services et personnes impliquées dans la qualité de la prise en charge ;
- concevoir un document unique de recueil des insatisfactions et mutualiser les bases de données ;
- créer un outil de gestion unique, le « plan d'action qualité ».



10 – Mettre en place un dispositif de suivi de la démarche de traitement des plaintes

et des réclamations. Ce suivi peut être réalisé au moyen d'un plan d'action qualité, ou de fiches actions.

Dans tous les cas, un autre type de suivi est réglementairement imposé au travers du rapport annuel de la CRU qui formule des recommandations notamment à partir de l'analyse de l'origine des motifs des plaintes et des réclamations (cf. page 31).

Annexes



Annexe 1 : le rappel des principales dispositions réglementaires relatives à la CRU (articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du code de la santé publique)

Concernant ses missions

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé substitue les CRU aux anciennes commissions de conciliation. Ces nouvelles instances ont 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. À cette fin, consultées sur la politique menée par l'établissement dans ce domaine, elles élaborent un rapport annuel.

Concernant l'examen des plaintes et des réclamations

La procédure d'examen des plaintes et des réclamations par la commission est prévue réglementairement (art. R. 1112-91 à R. 1112-94 CSP) :

- > tout usager doit pouvoir exprimer oralement ses griefs à un responsable ;
- > si cet entretien ne donne pas satisfaction, il peut exprimer ses griefs par écrit ;
- > toutes les plaintes sont transmises au directeur qui y répond et informe le plaignant de la possibilité de saisir un médiateur (ou informe qu'il effectue cette saisine) ;

- > la rencontre avec le médiateur a lieu dans les 8 jours suivant la saisine, si possible avant la sortie du patient, dans l'hypothèse où celui-ci est hospitalisé. Le médiateur médical est compétent pour les plaintes ou les réclamations liées à l'organisation des soins et le fonctionnement médical. Le médiateur non médical est compétent pour les autres questions ;
- > le médiateur rend compte de sa rencontre sous 8 jours au président de la commission. La commission se réunit et, lorsqu'elle ne décide pas le classement de l'affaire, elle formule des recommandations pour apporter une solution au litige ;
- > le directeur répond au plaignant sous 8 jours.

Concernant le rapport annuel

- > Il sert de base aux délibérations du conseil d'administration - ou de l'organe qui en tient lieu - sur la politique de l'établissement en matière de droit des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.
- > Il est élaboré à partir de toutes les informations - internes et externes - dont il fait l'analyse (motif et origine), notamment les plaintes et les réclamations dont la CRU doit être informée.
- > Il formule des recommandations et évalue leurs impacts chaque année.
- > Il est transmis à l'ARH qui en fait une synthèse pour la conférence régionale de santé.

Annexe 2 : le rappel des obligations figurant dans le référentiel d'accréditation V2

**Chapitre « Organisation du recueil de l'expression des usagers »,
réf. 2 : « L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage »**

2b. : « L'expression du patient et de son entourage est favorisée (parmi les conditions favorables à l'expression du patient et de son entourage, on peut citer l'organisation du recueil et de la gestion des suggestions et des plaintes ».

Le « parcours du patient » devient l'unité à partir de laquelle s'applique le référentiel concernant la « prise en charge du patient » (chapitre 3).

Chapitre « L'exploitation qualitative des plaintes et des réclamations pour améliorer la qualité de la prise en charge », réf. 51 : « La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée »

51c. : « Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration ».

Les référentiels

**Droit et Information du Patient (DIP),
Réf. 8 : « Les réclamations et/ou les plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière »**

8a : « L'établissement facilite l'expression des suggestions, des réclamations et/ou des plaintes des patients. Il peut par exemple proposer un lieu d'écoute pour les réclamations ».

8b : « Les procédures de médiation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement ».

8c : « Toutes les réclamations et/ou les plaintes des patients sont analysées et ont une réponse ».

8d : « Les secteurs d'activité concernés sont tenus informés de tout contentieux avec un patient ».

**Gestion de la qualité et prévention des risques (QPR),
Réf. 2 : Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des « clients » est en place**

2d : « Un système de gestion des réclamations et/ou des plaintes est en place et permet leur analyse et la mise en œuvre des mesures d'amélioration appropriées.

**Annexe 3 :
un exemple de fiche de signalement
pour les réclamations orales
(hôpital privé d'Antony)**

Fiche de signalement

1 Identification du preneur de la plainte :

2 N° poste :

3 Date :/...../.....

4 Heure :h.....

5 Nom, prénom du plaignant :

6 Service/chambre :

7 Motif(s) de la réclamation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8 Solution apportée par le preneur de la plainte :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : la charte de la personne hospitalisée (principes généraux)

1 - Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2 - Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3 - L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4 - Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5 - Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6 - Une personne à qui il est proposée de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7 - La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8 - La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9 - Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10 - La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11 - La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe 5 : un exemple de grille d'analyse par motifs (AP-HP)

Recueil des motifs des réclamations année 2005				
Services concernés	Médecine y compris lits d'hospit. urgence	Services hospitaliers Chirurgie	Maternité (gynéco-obstétrique)	Urgences externes
Motifs de réclamations	I	II	III	IV
A- Aspects médicaux				
1- Information du malade/de la famille				
2- Qualité des soins				
3- Erreur de diagnostic				
4- Prise en compte de la douleur				
5- Accident thérapeutique, séquelles				
6- Relations avec les médecins				
7- Accompagnement de fin de vie				
8- Communication dossier médical				
9- Secret médical				
10- Attente				
Sous-total				

Recueil des motifs des réclamations année 2005

Services concernés	Médecine y compris lits d'hospit. urgence	Services hospitaliers Chirurgie	Maternité (gynéco-obstétrique)	Urgences externes
Motifs de réclamations	I	II	III	IV
B- Aspects para-médicaux				
1- Qualité des soins				
2- Nursing, surveillance				
3- Relations avec le personnel				
4- Insuffisance de personnel				
5- Organisation des examens				
6- Information sortie/ transfert				
7- Attente				
Sous-total				
C-Infections nosocomiales				
D- Maltraitance				
E- Accès aux soins				
F- Accueil/information administratifs				
1- Accueil loge, hôtesses				
2- Admission, frais de séjour, caisses, régie				
3- Attente				
4- Signalisation (intérieure, extérieure)				
5- Identification des personnels (y compris soignants)				
6- Standard téléphonique				
Sous-total				

Recueil des motifs des réclamations année 2005

Services concernés	Médecine y compris lits d'hospit. urgence	Services hospitaliers Chirurgie	Maternité (gynéco-obstétrique)	Urgences externes
Motifs de réclamations	I	II	III	IV
G- Vie quotidienne, environnement				
1- Alimentation, diététique				
2- Promiscuité, bruit, tabagisme				
3- Confort de la chambre				
4- Propreté, état des locaux				
5- Transports (brancardage, ambulance)				
6- Présence de la famille				
7- Incident/accident non thérapeutique				
Sous-total				
H- Pertes, vols, objets endommagés				
I- Décès				
1- Information famille				
2- Autopsies, prélèvements				
3- Chambre mortuaire				
Sous-total				

Recueil des motifs des réclamations année 2005				
Services concernés	Médecine y compris lits d'hospit. urgence	Services hospitaliers Chirurgie	Maternité (gynéco-obstétrique)	Urgences externes
Motifs de réclamations	I	II	III	IV
J- Finances				
1- Erreur de facturation				
2- Autres				
Sous-total				
Total annuel 2004				
Total annuel 2003				
K- Éloges				

	TOTAL
W- Qui se plaint ?	
Le malade	
La famille	
Autres	
X- Mode de transmission	
Courrier	
Entretien verbal	
Communication téléphonique	
Commission de conciliation	
Y- Buts recherchés	
Témoignage	
Réparation, sanction	
Z- Suites	
Intervention du conciliateur	
Contentieux (gestion par la DAJ)	

Hôpital :					
Consultations Soins externes	Services médico- techniques	Moyen et long séjour	Alternatives à l'hospit. Hôpital de jour, de nuit	Services admin. Admissions Frais caisse, régies	Total annuel 2005
V	VI	VII	VIII	IX	

Médecins Médiateurs

Titulaire Nom :
 Prénom :
 Service :

Suppléant Nom :
 Prénom :
 Service :

Représentant des usagers

Représentant 1 Nom :
 Prénom :
 Association :

Représentant 2 Nom :
 Prénom :
 Association :

Annexe 6 : la fiche des événements indésirables utilisées comme support unique de recueil des dysfonctionnements, clinique Claude-Bernard (Metz)

Fiches des événements indésirables

N°.....

1	Constat par la personne déclarante		
Domaine	Matérovigilance <input type="checkbox"/>	Référent : M. R.	Poste :
	Pharmacovigilance <input type="checkbox"/>	Référent : Mme G. ou M. M.	Poste :
	Biovigilance <input type="checkbox"/>		
	Réactovigilance <input type="checkbox"/>		
	Hémovigilance <input type="checkbox"/>	Référent : Dr R. ou Mme K.	Poste :
	Cellule d'hygiène <input type="checkbox"/>	Référent : Mme P. M. L. Dr F.	Poste : Poste : Poste :
	Identité erronée <input type="checkbox"/>	Référent : Mme K.	Poste :
	Environnement <input type="checkbox"/>	Référent : Cadres et référents concernés	
	Organisation <input type="checkbox"/>	Référent : Cadres et référents concernés	
Actes professionnels <input type="checkbox"/>	Référent : Cadres et référents concernés		
Autre <input type="checkbox"/>			
Qui ou Quoi	Hospitalisé <input type="checkbox"/>	Nom : Prénom :	N° de dossier :
	Ambulatoire <input type="checkbox"/>	Nom : Prénom :	N° de dossier :
	Personnel <input type="checkbox"/>	Nom : Prénom :	Fonction :
	Visiteur <input type="checkbox"/>	Nom : Prénom :	
	Société extérieure <input type="checkbox"/>	Laquelle :	
	Matériel <input type="checkbox"/>	Lequel :	N° inventaire :
	Produit <input type="checkbox"/>	Lequel :	N° de lot :
	Autre <input type="checkbox"/>		
Où			
Quand			
Pourquoi (cause)			
Fréquence d'apparition de l'événement avant déclaration :			

2**Action immédiate réalisée par la personne déclarante**

Degré de gravité : 1 2 4 8

Personne déclarante :

Personne référent :

Date / signature :

Déclaration éventuelle :

Date / signature :

3**Action préventive vue avec le référent et la cellule qualité**

Causes identifiées :

Description de l'action à mettre en place :

Responsable de l'action à mettre en place :

Date de mise en place de l'action :

Délai pour que l'action soit mise en place :

Degré de gravité : 1 2 4 8

Personne référent :

Cellule qualité :

Date / signature :

Date / signature :

Résultat : anomalie levée anomalie non levée

Efficacité : satisfaisante partiellement satisfaisante insatisfaisante

Analyse

Suite à donner

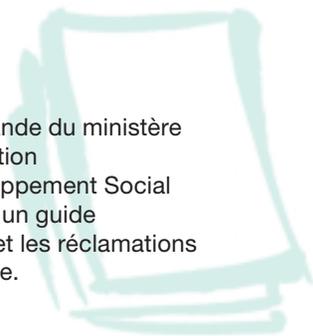
Documents à mettre à jour

Personne référent :

Cellule qualité :

Date / signature :

Date / signature :



Le présent document est le produit d'un travail collectif. À la demande du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - DHOS), le Cabinet DS et O (Développement Social et Organisation) a été chargé d'animer une réflexion pour élaborer un guide méthodologique. Ce guide devait faciliter l'utilisation des plaintes et les réclamations dans le processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Nous tenons vivement à remercier le comité de pilotage de l'étude :

- > Gérard Valette, ARH de Languedoc-Roussillon ;
- > Sabine Guiné-Gibert, FHP ;
- > Cédric Lussiez, FHF ;
- > Marine Gey, FEHAP ;
- > Josiane Cazabieille, CNAMTS ;
- > Charles de Batz, DDASS des Yvelines ;
- > Pr Louis-Michel Wolf, association des médecins médiateurs ;
- > Sylvain Picard, IGAS ;
- > Anne Degodet, collectif inter-associatif sur la santé ;
- > Amélie Charretier, DGAS ;
- > Dr Annie Serfaty, DGS ;
- > Chantal Maes, DHOS ;
- > Isabelle Manzi, DHOS ;
- > Étienne Minvielle, Inserm ;
- > Emmanuelle Levy, cabinet DS et O ;
- > Jean-Marie Pillard, cabinet DS et O.

Un groupe travail s'est réuni à plusieurs reprises pour concevoir ce guide. Il était composé de :

- > Pierre Aletti, CLCC Alexis-Vautrin (Nancy) ;
- > Benjamin Gandouet, fondation Caisse d'Épargne, Hôpital Gardiner (Dinard) ;
- > Sylvie Lachize-Cuvillier, AP-HP ;
- > Nathalie Le Floch, CHU de Bicêtre (Paris) ;
- > Xavier Lesegretain, CH de Libourne ;
- > Pascal Lexa, clinique Claude-Bernard (Metz) ;
- > Chantal Maes, DHOS ;
- > Isabelle Manzi, DHOS ;
- > Annie Plançon, chargée des relations avec les usagers, hôpital Sainte-Anne (Paris) ;
- > Édith Pons, DDASS du Nord ;
- > Patrick Vandenberg, ARH de Rhône-Alpes ;
- > Marie-Anne Vérot, ARH de Bourgogne.

Il a ensuite fait l'objet d'une évaluation, à partir d'un questionnaire, puis d'une réunion auprès de 13 établissements représentatifs des 3 fédérations FHF, FHP et FEHAP :

- > Hôpital local Jean-Baptiste Cartry (Marines) ;
- > Hôpital départemental Stell (Rueil-Malmaison) ;
- > Centre hospitalier général de Longjumeau ;
- > Clinique Saint-Jean-de-Dieu (Paris) ;
- > Hôpital privé d'Antony ;
- > Maternité Sainte-Thérèse (Paris) ;
- > AURAL (Strasbourg) ;
- > Centre de réadaptation de Mulhouse ;
- > Hôpital Joseph-Ducoing (Toulouse) ;
- > Hôpital Saint-Joseph (Paris) ;
- > Polyclinique Saint-Laurent (Rennes) ;
- > Soins et Santé (Caluire-et-Cuire) ;
- > Hôpital Cochin (Paris).

Ont également contribué à la rédaction finale :

Isabelle Manzi (DHOS), Emmanuelle Lévy (DS et O) et Jean-Marie Pilliard (DS et O).

