



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2010**

Date du Jury : **septembre 2010**

**Les réclamations des usagers :
levier d'amélioration de
la qualité des soins ?**

Martine CIBET

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui, par leur enseignement, leur participation ou leur soutien, ont permis la réalisation de ce travail.

Aux personnes qui, par leurs questions et remarques, ont stimulé mon propre questionnement.

A mes proches qui, par leurs encouragements et leur patience à mon égard, ont favorisé mon cheminement professionnel et personnel.

A Philippe, Céline et Audrey

*« Plutôt que ce qui est nouveau on devrait s'intéresser
à ce qui est vrai »*

Le Principe de PFEFFER¹

¹ CHEVALLIER G., *Éléments de management public, le management public par la qualité*, p. 305.

Sommaire

Introduction	1
1. Des réclamations à l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur du système de santé	3
1.1. La revalorisation du malade	3
1.1.1. L'utilisateur pauvre et assisté à l'utilisateur/acteur/client du système de santé.....	3
1.1.2. Des droits reconnus à l'utilisateur/acteur du système de santé	4
1.1.3. L'utilisateur informé de ses droits à l'hôpital.....	4
1.2. Les réclamations comme mode d'expression des usagers	5
1.2.1. Définition	5
1.2.2. Contexte réglementaire.....	6
1.2.3. Le dispositif de gestion	6
1.3. Les réclamations : une composante de la démarche qualité	8
1.3.1. Pourquoi les réclamations s'inscrivent-elles dans une démarche qualité ?	8
1.3.2. Les réclamations, un critère du manuel de certification	10
1.3.3. Le management des réclamations par la qualité	10
2. Le regard des acteurs du système de santé hospitalier sur les réclamations : résultats de l'enquête	13
2.1. Les méthodes d'enquête	13
2.1.1. Des documents traduisant la politique institutionnelle envers l'utilisateur	13
2.1.2. Les entretiens semi directifs	13
2.1.3. Limites de l'étude.....	14
2.2. Un maillage institutionnel en faveur d'une politique centrée sur l'utilisateur	14
2.2.1. Des projets institutionnels positionnant l'utilisateur en tant qu'acteur	14
2.2.2. Une CRUQ organisée, un livret d'accueil adapté	15
2.2.3. Le rapport de certification, marque de l'efficacité du dispositif.....	17
2.3. Le point de vue des acteurs	17
2.3.1. Une représentation des réclamations plutôt constructive	17
2.3.2. Des limites constatées pour un dispositif perfectible	20
2.3.3. Les attentes et les propositions des acteurs.....	23

3. Les réclamations : vers une dynamique managériale pour une appropriation par les acteurs	27
3.1. Le positionnement et rôle de la direction des soins	27
3.1.1. Une légitimité institutionnelle... ..	27
3.1.2. Une reconnaissance managériale.....	28
3.1.3. Pour une politique de soins orientée « usager-qualité ».....	28
3.2. Vers une culture « usager » : une nécessaire sensibilisation des professionnels	29
3.2.1. Un accompagnement par des actions de formation	29
3.2.2. Une communication régulière, facteur de motivation des acteurs	30
3.2.3. Une information relative au dispositif de gestion des réclamations	30
3.3. Des réclamations au management par la qualité	30
3.3.1. Un retour d'expérience à partager	30
3.3.2. Illustrant un management par la qualité... ..	31
3.3.3. Témoignant d'une empreinte culturelle usager/client.....	32
Conclusion.....	33
Bibliographie	35
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	:	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	:	Agence Régionale de Santé
CH	:	Centre Hospitalier
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	:	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	:	Commission Médicale d'Etablissement
CRCI	:	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRSA	:	Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQ	:	Commission de la Relation avec les Usagers et de la Qualité des prises en charge
CS	:	Cadre de Santé
CSIRMT	:	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	:	Cadre Supérieur de Santé
CTE	:	Comité Technique d'Etablissement
DG	:	Directeur Général
DS	:	Directeur des Soins
HAS	:	Haute Autorité de Santé
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PEP	:	Pratique Exigible Prioritaire
SIDA	:	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SAU	:	Service d'Accueil et d'Urgence
T2A	:	Tarifcation A l'Activité

Introduction

Depuis une vingtaine d'années, l'utilisateur du système de santé se voit accorder une place de plus en plus importante, ceci, notamment pour le respect de ses droits. Dès 1975, la première charte du malade hospitalisé pose les fondements des droits de la personne hospitalisée dans le secteur sanitaire. Celle-ci sera amendée à deux reprises en 1995 et en 2006. L'Ordonnance de 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, consacre un chapitre complet aux droits des malades. Il porte essentiellement sur la qualité de la prise en charge, la création d'une commission de conciliation, devenue la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité des prises en charge (CRUQ) en 2002, et l'obligation de remettre un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé précisant le fonctionnement de la structure de soins. Enfin, la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui conforte, d'une part les droits des patients et, d'autre part leur participation au dispositif de soins par la voie de la démocratie sanitaire.

Le comportement des usagers vis-à-vis de la prise en charge de leur santé, dans sa globalité, a évolué rapidement eu égard aux événements mondiaux marquants en matière de sécurité sanitaire. L'erreur professionnelle est prohibée, le malade attend un soin de qualité. Le recours à la réclamation² est un des modes d'expression utilisés par l'utilisateur en cas d'insatisfaction. Il doit être pris en considération par l'institution. Il s'agit de ne pas se satisfaire d'une simple réponse au plaignant, mais d'analyser le processus de soins afin d'en déceler les dysfonctionnements et d'apporter les actions correctives nécessaires.

Par ailleurs, la pression réglementaire s'exerçant sur les établissements de santé, en particulier, depuis l'ordonnance de 1996, instaure l'obligation de la procédure d'accréditation. Elle a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu à l'utilisateur. L'Etat veut garantir des soins de qualité à l'utilisateur du système de santé et, prévenir la « non qualité » coûteuse pour la société. Ainsi, les réclamations s'inscrivent dans la démarche qualité.

Au cours de nos expériences professionnelles, nous avons été confronté aux insatisfactions des usagers liées à l'organisation des soins, à la relation avec les équipes soignantes, à l'état des locaux ou à la qualité des prestations logistiques (restauration, ...). L'utilisateur, à sa façon, procède à une évaluation des pratiques professionnelles dont il est le bénéficiaire. Il amène des éléments de réflexion aux équipes soignantes, et il a « le

² Lire de partout «plainte et réclamation ». Le champ de cette étude concerne les réclamations, hors contentieux, pour rester sur un niveau de prévention et organisationnel relevant du rôle du DS.

souci que les dysfonctionnements dont ils ont pu pâtir fassent l'objet de corrections afin que d'autres n'en soient pas victimes »³. Les réclamations restent insuffisamment investies par les équipes soignantes, « l'analyse des plaintes ne conduit pas, en général, à tirer des enseignements utiles à des modifications de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement autres que ponctuelles »⁴. Nous pouvons donc penser que l'utilisateur n'est pas tout à fait reconnu comme associé aux soins. Pourtant, la réclamation constitue une situation réflexive apprenante, « en vue de la mise en place d'une démarche d'analyse et d'exploitation des réclamations dans la perspective d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et de veiller au respect de leurs droits »⁵.

En tant que futur Directeur des Soins (DS), nous serons interpellé sur ce sujet. Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du DS de la fonction publique hospitalière précise « qu'il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ». Dans une démarche participative, il s'agit pour le DS d'exploiter les insatisfactions des usagers avec les équipes soignantes, de s'impliquer dans la politique et la stratégie qualité et sécurité, et d'intégrer la gestion des réclamations comme un axe du projet de soins.

Afin de dépasser ces premiers constats, dans le cadre de notre formation de DS, nous nous sommes posé la question suivante :

Pourquoi les réclamations ne semblent-elles pas constituer pleinement un levier managérial d'amélioration continue de la qualité des prises en charge ?

Cette question de départ, nous amène à des questions secondaires :

Quelles sont les différentes étapes du dispositif de gestion des réclamations ?

Quels sont les types de réclamations les plus fréquemment recensées ?

Comment sont-elles perçues et gérées par le personnel paramédical ?

Quels sont les dispositifs mis en place, pour y pallier, à différents niveaux ?

Qu'en fait le directeur des soins ?

Après avoir présenté le contexte dans lequel s'inscrivent les réclamations (1), nous analyserons leurs modalités de recensement et de traitement à travers une enquête de terrain réalisée dans trois centres hospitaliers publics (2). Les résultats du diagnostic nous permettront de formuler des préconisations professionnelles afin de prévenir les réclamations et, par conséquent, d'améliorer la satisfaction de l'utilisateur (3).

³ LOPEZ A. et REMY P.L., *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, p. 11.

⁴ Ibid résumé p.1.

⁵ 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*, p. 4.

1. Des réclamations à l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur du système de santé

Avant d'aborder le dispositif de gestion des réclamations et le lien avec la démarche qualité, nous procédons à un bref rappel du processus historique qu'a connu l'hôpital le conduisant au cheminement du malade, pour devenir un usager, acteur, client du système santé.

1.1. La revalorisation du malade

Le statut du malade s'est modifié progressivement ces dernières décennies suite à l'évolution de la société, à la modernisation des hôpitaux et du système de santé en général.

1.1.1. L'utilisateur pauvre et assisté à l'utilisateur/acteur/client du système de santé

L'hôpital autrefois, fondé sur la charité, accueillait les pauvres ou les personnes socialement dangereuses pour enfermement. L'usage de l'hôpital reposait sur une fonction d'accueil pour assurer les besoins vitaux des individus (nourriture, logement...). Au début du 20^{ème} siècle, l'hôpital s'est investi d'une mission médicale pour soigner le corps des personnes atteintes d'une maladie, ainsi, le malade a pris place dans les institutions hospitalières. Après un mouvement d'humanisation, suite à la deuxième guerre mondiale, et à la création de l'assurance maladie en 1945, le malade devient assuré social. Ainsi, les soins sont rendus accessibles à tous. Cette avancée s'inscrit dans une politique de protection sociale pour une vie décente à chacun. L'hôpital est devenu un centre de soins performant pour soigner le « *malade objet de soins* »⁶.

Les réformes de 1958, puis la loi de 1970, créent le service public hospitalier. Cette dernière, reconnaît des droits aux malades, notamment, le libre choix du praticien et de son établissement de santé. Le décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux fonde concrètement les droits de la personne hospitalisée. La charte du malade hospitalisé en date de 1975 est décisive pour la reconnaissance des droits et devoirs des personnes malades. Ainsi, le respect de la dignité et de la personnalité du malade est affirmé. Le malade devient « *sujet de soins* »⁷.

Dans les années 1980, l'apparition des premiers cas de Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise (SIDA), puis d'autres problèmes de santé publique (scandale du sang contaminé, maladie de Creutzfeldt Jakob,...), entraînent un changement de comportement de la part des malades. A la fois les certitudes des médecins se trouvent ébranlées et les difficultés pour les autorités publiques à les prévenir ou à les maîtriser sont mises en lumière. Pour la première fois, les malades revendiquent le droit de savoir et de participer à la décision concernant leur

⁶ <http://www.sante-sports.gouv.fr/l-historique-depuis-1945,5932.html>

⁷ Ibid

thérapeutique. Cet élan de revendications s'élargit à la collectivité, et plus que jamais, le malade réclame la prise en compte de sa parole au cours de sa trajectoire de soins mais également dans le cadre des décisions de santé publique. Le malade devient l'utilisateur du système de santé. Selon J.M. CLEMENT, « *Le nom « usager » est un terme juridique qui se trouve dans le Code civil pour désigner celui qui a un droit réel d'usage. En droit public, le substantif usager a été choisi pour marquer que tous ceux qui le veulent sont des usagers du service public ayant un droit d'usage quelle que soit leur situation géographique, (...), de fortune ou encore leur citoyenneté, française ou étrangère* »⁸.

L'utilisateur est, aussi, perçu comme client. D'ailleurs dans certains hôpitaux, il existe une direction de la clientèle. La notion de client fait référence au marché donc à la consommation d'un service, qui en regard de la concurrence publique ou privée soit de qualité pour la satisfaction de l'utilisateur/client. Nous comprenons bien qu'avec le financement de l'hôpital basé sur la Tarification A l'Activité (T2A), cette approche utilisateur/client devient un véritable enjeu stratégique pour l'hôpital afin de développer ou de préserver son attractivité.

1.1.2. Des droits reconnus à l'utilisateur/acteur du système de santé

La consécration législative des droits des malades est portée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé. Les droits individuels du malade sont clarifiés (droit à l'information, au consentement, à la confidentialité, à la participation à la prise de décisions qui touchent sa propre santé, à l'accès direct au dossier médical...). Des droits collectifs aux malades sont institués par un nouveau statut pour les associations d'utilisateurs du système de santé. Une place et un rôle, dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé locale, régionale et nationale, leur sont accordés. Les associations peuvent, aussi, se porter partie civile dans un recours présenté par une victime. Ainsi, la loi pose les fondements d'une véritable démocratie sanitaire, comme l'atteste l'intitulé de son titre II. Nous pouvons dire que l'esprit de la loi de 2002, est entre autre de modifier la relation entre les utilisateurs et les professionnels de santé vers une plus libre expression et participation dans les soins.

1.1.3. L'utilisateur informé de ses droits à l'hôpital

- **La charte de la personne hospitalisée**, en 1975, reprend en partie les fondements des droits des malades issus du décret n°74-27 du 14 janvier 1974⁹. Vingt ans plus tard, la circulaire n°22 du 6 mai 1995, officialise la charte du patient hospitalisé. Il s'agit d'un outil de communication pour les utilisateurs et pour les professionnels de santé. Sa portée est d'ordre pédagogique plutôt que juridique. Chaque établissement et chaque unité sont tenus de

⁸ CLEMENT J.M., « *Les usagers du service public hospitalier* ». Gazette de l'hôpital, p. 1.

⁹ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. Ce texte précise en particulier, l'admission, les conditions de séjour et la sortie du malade.

l'afficher. Onze ans après, elle est modifiée suite à l'évolution de textes législatifs¹⁰ et devient la charte de la personne hospitalisée en 2006¹¹. Cette dernière charte reflète le long cheminement des droits fondamentaux et des droits nouveaux de la personne hospitalisée depuis les années soixante dix. L'article 11 de la charte précise que « *La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. (...). Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices (...)* ». La charte fait partie du contenu du livret d'accueil.

- **Le livret d'accueil** est remis à l'utilisateur dès son entrée à l'hôpital. Il contient toutes les informations utiles à son séjour. Ce support est un outil de communication entre la structure hospitalière, l'utilisateur et l'équipe soignante. Son contenu est défini par l'arrêté du 17 avril 2008¹². L'article 2 précise que la charte de la personne hospitalisée, et un questionnaire de sortie adapté à l'établissement destiné à recueillir l'avis du patient sur les conditions d'accueil et de séjour, sont annexés au livret d'accueil. De même, les informations utiles en cas de réclamations sont précisées (les coordonnées du responsable des relations avec les usagers, les modalités de gestion des réclamations, les noms des membres de la CRUQ). Figurent également une information relative aux conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées, les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification et de la satisfaction des usagers.

Le questionnaire de sortie est un procédé d'évaluation de la satisfaction contribuant à connaître l'avis de l'utilisateur pour améliorer les prises en charge. Toutefois, l'utilisateur utilise un autre mode d'expression pour évaluer son accueil ou son séjour, la réclamation.

1.2. Les réclamations comme mode d'expression des usagers

1.2.1. Définition

Ce sont « *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 ou oral) et le mode de recueil* »¹³. Il peut s'agir de lettres de réclamations, d'entretiens (téléphoniques ou rendez-vous), de courriers électroniques, ou de tout autre support (questionnaire de sortie).

¹⁰ Loi du 4 mars 2002, Loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

¹¹ Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

¹² Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

¹³ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, op. cit. p. 4.

Selon Wikipédia, « *Une plainte est un acte par lequel une victime d'une infraction prévient l'autorité compétente* »¹⁴. Cette définition introduit l'aspect juridique en cas de préjudice.

1.2.2. Contexte réglementaire

La loi du 4 mars 2002 a institué la CRUQ, la substituant à la commission de conciliation. La fonction de conciliation est assurée par la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI). Le décret du 2 mars 2005¹⁵ en a précisé la composition et le fonctionnement. Le droit à l'expression de l'utilisateur, en cas de mécontentement, est conforté dans l'article R1112-91¹⁶ « *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 consignée par écrit, aux mêmes fins* ».

1.2.3. Le dispositif de gestion

Une CRUQ est en place dans les établissements de santé et a, pour principale 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. Ainsi, lorsqu'une réclamation est reçue par l'institution, les réponses apportées par les responsables de l'hôpital doivent être mises à la disposition des membres de la CRUQ.

La CRUQ est composée par le représentant légal de l'établissement, qui est le Président, deux médiateurs (médical et non médical) et leurs suppléants, deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Peuvent s'ajouter d'autres membres, le Président de la Commission Médicale Etablissement (CME) ou son représentant, un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT), un représentant du personnel et son suppléant choisis par les membres du Comité Technique d'Etablissement (CTE) en son sein, et un représentant du conseil de surveillance et son suppléant.

La commission se réunit, sur convocation de son Président, au moins une fois par trimestre ou en fonction des dossiers en cours. Elle examine les réclamations ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. Elle peut rencontrer le plaignant si elle le juge utile. En fonction des dossiers, des recommandations sont formulées pour apporter une solution au litige ou pour que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours

¹⁴ Fr.wikipedia.org/wiki/Plainte

¹⁵ Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire)

¹⁶ Ibid

dont il dispose. Elle contribue également à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des malades et de leurs proches par la formulation d'objectifs précis.

La commission rédige chaque année un rapport sur son activité et sur le respect des droits des usagers au sein de l'établissement. Ce rapport est adressé à ARS qui en établit une synthèse avant de la transmettre à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Celle-ci élabore son rapport annuel sur le respect des droits des usagers et le remet à la Conférence Nationale de Santé. Ces rapports contribuent à la définition de la politique de santé publique.

La direction de la relation avec les usagers a, notamment, pour mission de recueillir et d'instruire les réclamations des usagers ou des familles, ainsi que les demandes de communication de dossiers médicaux. Elle travaille en étroite collaboration avec les médiateurs de l'établissement. Elle leur transmet pour information et/ou instruction toutes réclamations qui entrent dans leur champ de compétence. Après avoir recueilli les doléances, la direction instruit une enquête auprès des responsables des services concernés. Ensuite, elle informe l'utilisateur des éléments de réponse qui lui ont été apportés. Par ailleurs, la direction centralise les lettres témoignant de la satisfaction des usagers ou des familles.

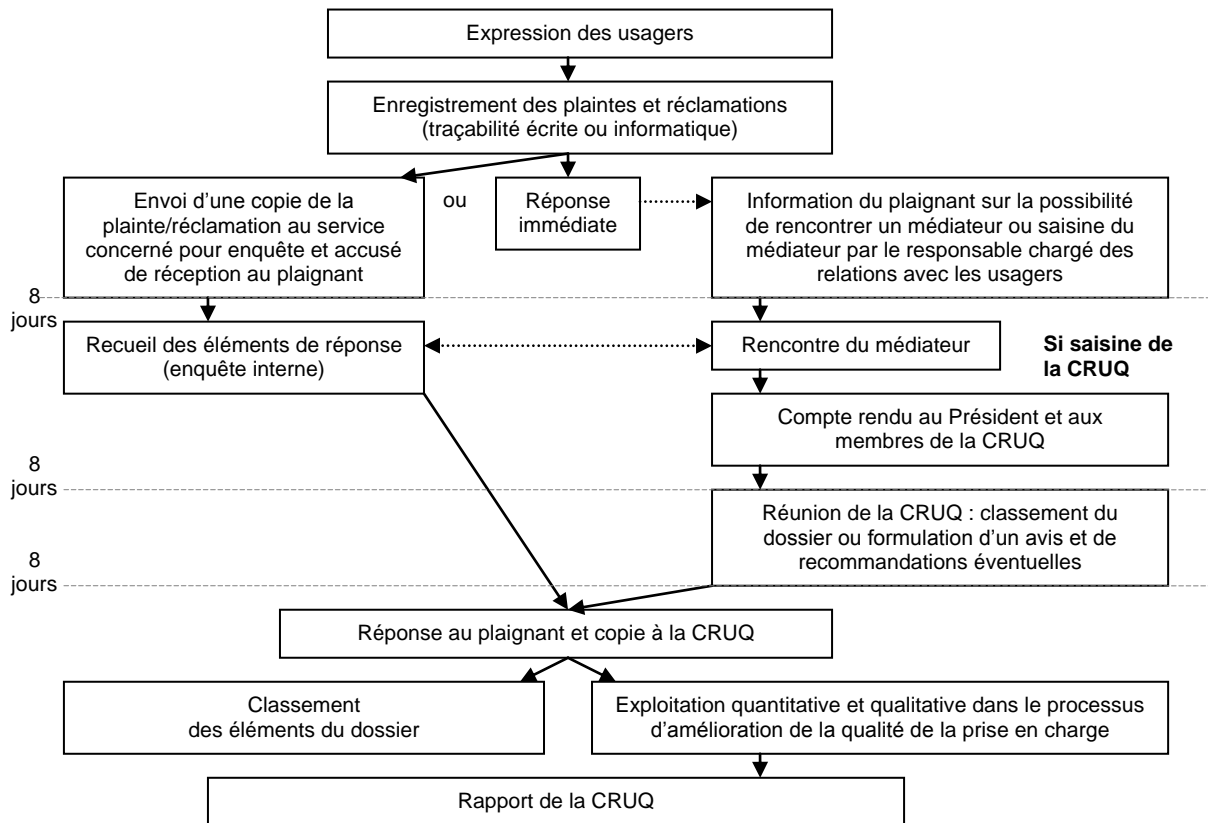
Le médiateur, médical ou non médical, est sollicité si l'utilisateur s'estime victime d'un préjudice. Les missions du médiateur consistent à écouter l'utilisateur, l'accompagner et le conseiller dans ses réflexions et ses démarches. Si besoin, le médiateur informe l'utilisateur, des modalités de recours gracieux qui feront intervenir l'assurance de l'hôpital ou, des voies de recours judiciaires possibles en cas d'échec des démarches amiables. Un compte-rendu de la rencontre, adressé au Président et aux membres de la CRUQ, est rédigé. S'il s'agit d'un problème d'organisation de soins ou de fonctionnement médical cela relève de la compétence du médiateur médical, dans les autres cas intervient le médiateur non médical.

Les représentants des usagers sont membres de droit à la CRUQ et peuvent être saisis par les usagers. Ils sont issus d'associations agréées en matière de santé. Certains d'entre eux siègent au conseil de surveillance de l'établissement et au sein d'autres commissions ou comités (CLIN¹⁷, commissions thématiques...).

La CRCI est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes, aux infections nosocomiales et aux litiges entre usagers et les différents acteurs professionnels de santé. Elle n'est pas une instance juridictionnelle, sa fonction consiste à indemniser les préjudices graves et à organiser la conciliation.

¹⁷ Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

Les différentes étapes du traitement de la réclamation¹⁸ :



1.3. Les réclamations : une composante de la démarche qualité

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des usagers/clients représentent aujourd'hui, une orientation fondamentale de la démarche qualité. Elles conditionnent le développement et la pérennité des institutions. L'écoute et l'attention aux clients doivent être présentes à toutes les étapes d'un service, de sa conception à son utilisation par les usagers/clients, et à tous les niveaux d'une institution.

« L'étude de la satisfaction du patient constitue, selon A. DONABEDIAN, un composant nécessaire de toute démarche de qualité »¹⁹.

1.3.1. Pourquoi les réclamations s'inscrivent-elles dans une démarche qualité ?

Tout d'abord, clarifions le vocable « qualité ». Il peut revêtir différentes connotations selon les personnes, les évolutions techniques, l'environnement politique, social, économique et organisationnel. La qualité est, donc, un concept multiforme et multidimensionnel. Dès 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité dans les établissements de santé

¹⁸ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, op. cit. p. 2.

¹⁹ GASSEE J.P., DEHON. M., MEIRESONNE A., *Les plaintes des patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins ?*. Gestions Hospitalières. p. 389.

comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Selon la norme ISO 8402, « *la qualité c'est un ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* ». G. CHEVALLIER²⁰, préfère parler d'approches opérationnelles de la qualité qui sont au nombre de trois, et qui nous serviront de point d'ancrage pour analyser les terrains enquêtés :

- **L'approche produit** (ou service) est celle de l'économiste, inséparable de la mesure.
- **L'approche utilisateur** est indissociable de la notion de satisfaction, de la façon dont un service public répond aux attentes d'un utilisateur, et par conséquent, connaît les attentes du « client » par la mesure de sa satisfaction qui est primordiale.
- **L'approche production** vise à produire un service dans les meilleurs délais, au meilleur coût et en évitant autant que possible la « non – qualité ».

La démarche qualité, définie selon l'AFNOR²¹, est « *l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer* ». Il existe plusieurs approches possibles pour la mettre en œuvre : le contrôle qualité, l'assurance qualité et l'amélioration continue de la qualité. Cette dernière repose sur l'idée que « *la qualité peut être continûment améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus* »²². Cela suppose que la qualité ne s'obtient pas uniquement par l'inspection et l'élimination des problèmes. La démarche qualité permet de réagir à des dysfonctionnements en analysant les causes. Les réclamations s'inscrivent totalement dans cette démarche, elles doivent être considérées comme des informations d'un intérêt exceptionnel. Elles permettent « *de recueillir des informations précieuses pour identifier les dysfonctionnements et améliorer les pratiques professionnelles, de fidéliser les patients et leur assurer une continuité des soins, d'améliorer l'image de l'établissement, en attestant de sa volonté de réduire ses défaillances et restaurer, en cas de besoin, avec ses usagers une relation de confiance nécessaire aux soins de qualité* »²³.

L'exploitation des réclamations constitue un enjeu important pour le système de santé, que ce soit en terme d'attractivité, de sécurité ou financier. Le système de gestion des réclamations est un des critères du manuel de certification des établissements de santé.

²⁰ CHEVALLIER G., *Eléments de management public, le management public par la qualité*, p. 166.

²¹ Association Française de **NOR**malisation

²² ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, p. 17.

²³ Les guides de l'AP-HP, *Les réclamations à l'hôpital, écouter, informer, orienter*. p. 4.

1.3.2. Les réclamations, un critère du manuel de certification

Depuis 1996, tous les établissements de santé publics ou privés se sont engagés dans une démarche de certification obligatoire tous les quatre ans. Il s'agit d'un processus d'évaluation externe, conduit par la Haute Autorité de Santé (HAS), portant sur le fonctionnement et les pratiques professionnelles, à partir de critères figurant dans le manuel de certification. Le but est de s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies. L'HAS délivre, avec ou sans réserve ou recommandation, la certification de l'établissement. Certains critères « *fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* »²⁴ sont nommés Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP). Un niveau de conformité insuffisant à une PEP peut entraîner une sanction lors de la certification de l'établissement. Les PEP sont au nombre de treize, la 5^{ème}, critère 9.a, concerne le système de gestion des réclamations. L'HAS affirme dans cette nouvelle version, V2010, une volonté de reconnaître et de promouvoir le rôle de la CRUQ et de valoriser la place de l'utilisateur. Cette PEP, vérifie la conformité du système de gestion des réclamations, les conditions d'examen des réclamations et leur exploitation quantitative et qualitative dans le cadre de la CRUQ, ainsi que leur intégration à la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

1.3.3. Le management des réclamations par la qualité

L'étude des réclamations, considérées comme des dysfonctionnements, s'inscrit dans une dynamique de projet, c'est-à-dire d'équipe. Elle mobilise les acteurs du soin dans une analyse concertée et les amène à se projeter dans les organisations hospitalières. Ce management par la qualité ne peut se réaliser que dans le cadre d'un projet institutionnel formalisé, intégré dans les projets stratégiques de l'hôpital (projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet qualité et gestion des risques) et connu par tous les professionnels. Ce projet traduit la volonté politique de l'établissement d'améliorer constamment la qualité de ses prestations de services en tenant compte des attentes de ses usagers/clients.

Le management peut être défini par, « (...) *une discipline prescriptive. Il est animé par une volonté et un projet. Il s'intéresse au design d'une organisation, à son « devrait être » et il est orienté vers la recherche de solution et vers l'action* »²⁵. Pour compléter cette définition, nous retenons également celle du Management Total par la Qualité (TQM) qui « *est une forme de management de la qualité qui s'appuie sur la participation de tout le personnel de l'organisme et qui vise au succès à long terme par la satisfaction des clients, et a des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société* »²⁶. Ce type de management sous-entend

²⁴ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, p. 7.

²⁵ HART J., LUCAS S., préface de FRIEDBERG E., *Management hospitalier, stratégies nouvelles de cadres*, p. 5.

²⁶ ANAES, op. cit., p. 69.

la nécessaire implication de tous les acteurs du système de santé, y compris des usagers, pour aboutir à la satisfaction de toutes les parties prenantes.

Le cadre de santé est au carrefour du stratégique et de l'opérationnel pour organiser les soins de qualité et les sécuriser dans la perspective de la satisfaction de l'utilisateur, « *Le cadre est dans une position d'acteurs vis-à-vis des enjeux institutionnels* »²⁷. Il a pour mission de manager, par une animation recherchant l'adhésion des équipes, à partir d'objectifs communs relatifs à la prise en charge des soins. Pour cela, il s'appuie sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, déclinée dans le cadre du projet de soins, du projet de pôle ou du projet de l'unité. Ainsi, pour permettre la diffusion de cette démarche et la rendre efficace, il est important que les pratiques de l'ensemble des acteurs, dont celles de l'encadrement, en soient une illustration dans la gestion au quotidien.

La gestion au quotidien soutenue, au départ par le management puis par l'encadrement, est destinée à être reproduite par chaque acteur. Elle se caractérise par une attention particulière vis-à-vis des anomalies et des dysfonctionnements, qui permet d'en rechercher systématiquement la cause et, par conséquent, d'en prévenir la récurrence. Cette attitude « préventive », au plus près de l'utilisateur, traite au fur et à mesure les petits problèmes de qualité préjudiciables au bon fonctionnement de l'unité (perte de temps pour les professionnels, insatisfaction des usagers...). « *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* ».²⁸ L'intérêt d'être attentif et de détecter les insatisfactions des usagers par chaque acteur de proximité est primordial pour prévenir les réclamations.

Cette gestion au quotidien nécessite une appropriation par les différents acteurs. Elle n'est possible que par une évolution de la culture qualité qui permet un management par la qualité, notamment, sur la base de résultats obtenus à partir d'indicateurs tangibles et motivants pour les équipes. La démarche basée sur la résolution de problèmes est une méthode qui vise à réduire l'écart entre une situation existante et une situation attendue. Cette méthode peut être utilisée pour tous les processus²⁹ de soins méritant une approche pour régler un problème, les réclamations en étant un. Pour la réaliser, la mise en place de groupes de travail comportant les personnes concernées par le problème est le préalable. L'objectif du groupe

²⁷ HART J., LUCAS S., préface de FRIEDBERG E, op. cit., p.24.

²⁸ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, op. cit., p. 7.

²⁹ Le processus est un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie ou, un ensemble complexe de tâches à réaliser dans un objectif donné.

est de lister les problèmes et d'en retenir un. Il s'agit dans un premier temps, d'identifier et d'analyser les causes possibles, de déterminer le poids de chacune et de retenir les causes essentielles. Dans un second temps, la recherche d'actions d'amélioration est réalisée en établissant des priorités. Leur mise en application et leur mesure objectivent les résultats, si possible, sur la base d'indicateurs.

Après avoir abordé le cadre théorique de l'étude, nous allons confronter ces éléments à l'enquête de terrain dans le deuxième chapitre. Pour explorer le questionnement de départ, nous avons conduit notre étude dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et deux Centres Hospitaliers (CH). Ces établissements sont localisés dans deux régions différentes, voisines. Nous avons participé à la CRUQ de chaque établissement pour comprendre son fonctionnement, les liens existants entre les différents projets stratégiques, le rôle des représentants des usagers et le positionnement du DS.

2. Le regard des acteurs du système de santé hospitalier sur les réclamations : résultats de l'enquête

L'objectif global de l'enquête était de repérer la place accordée à l'expression des usagers et d'en déduire des stratégies managériales pour le DS afin de définir une politique de soins visant à améliorer la satisfaction de l'utilisateur.

2.1. Les méthodes d'enquête

2.1.1. Des documents traduisant la politique institutionnelle envers l'utilisateur

L'objectif de l'enquête était de comprendre comment les réclamations s'inscrivent dans les projets institutionnels d'un établissement de santé, et de déterminer leurs effets dans le programme d'amélioration continue de la qualité des soins. C'était aussi repérer la place accordée à la parole de l'utilisateur donc à l'utilisateur lui-même. Il s'agissait d'étudier le contenu des projets stratégiques et d'apprécier l'articulation avec le rapport de la CRUQ. L'analyse de ce dernier permettait de déceler le nombre et le type de plaintes, par des éléments qualitatifs et quantitatifs, les actions correctives proposées, comment elles s'intègrent au projet de soins, programme qualité et se déclinent dans les unités de soins. Par ailleurs, le regard porté sur le livret d'accueil nous renseignait sur la qualité de l'information destinée à l'utilisateur, en regard du cadre réglementaire, et la manière dont les professionnels l'intègrent dans leurs pratiques.

2.1.2. Les entretiens semi-directifs

Le choix de cet outil d'enquête qualitatif permet d'analyser les propos des acteurs en s'attachant, plus particulièrement, au sens donné à leurs actions.

Un guide d'entretien³⁰ a été élaboré. Il est constitué de questions ouvertes et concerne l'ensemble des acteurs rencontrés. Par contre, les entretiens réalisés auprès des représentants des usagers et du médecin médiateur visaient à comprendre la spécificité de leur rôle. La question principale a été « Pouvez-vous me parler de votre rôle concernant les réclamations ? »

Vingt deux entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne de 45 minutes, rendus anonymes, ont été conduits auprès de directeurs des soins, directeurs chargés de la relation avec les usagers, Cadre Supérieur de Santé (CSS), CS, Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), Aide Soignante (AS), et représentants des usagers, soit au total vingt et un entretiens. Le tableau, en annexe³¹, présente les établissements et les professionnels interviewés. Nous avons organisé un entretien téléphonique avec un CS de l'établissement A pour partager une

³⁰ Est joint en annexe 1

³¹ Est joint en annexe 2

expérience valorisante présentée en 3^{ème} partie. Certains entretiens sont enregistrés avec l'accord des personnes, d'autres ont fait l'objet d'une prise de note aussi exhaustive que possible. Une analyse thématique du contenu a permis de regrouper les idées clés de chaque acteur interviewé.

2.1.3. Limites de l'étude

Les limites portent essentiellement sur le temps imparti à la réalisation de l'étude. Une rencontre avec les Présidents de CME aurait permis de recueillir leur point de vue concernant les modalités d'organisation du programme d'amélioration continue de la qualité des soins, et de repérer la collaboration envisagée avec le DS. L'analyse des différents documents écrits manque de profondeur. Le rapport de la CRUQ n'est pas normalisé ce qui rend l'exploitation complexe. Toutefois, même si les résultats de l'étude ne sont pas généralisables, une réflexion constructive à l'exercice de la future fonction est manifeste.

2.2. Un maillage institutionnel en faveur d'une politique centrée sur l'utilisateur

Nous allons présenter, dans cette partie, les résultats de l'analyse des projets stratégiques des institutions, les éléments issus du rapport de la CRUQ, pour finir sur le regard des professionnels interviewés.

2.2.1. Des projets institutionnels positionnant l'utilisateur en tant qu'acteur

L'établissement A développe un axe fort concernant le « *mieux prendre en charge* », en positionnant le patient, acteur de santé et en renforçant son écoute. Cet axe est orienté sur la prise en charge de l'utilisateur, la démarche qualité et de sécurité des soins, la culture et la communication. Il s'agit de l'architecture du projet de soins qui est repris dans le projet qualité de la direction des soins. Ce dernier est animé par un DS en charge de cette mission et qui participe à la CRUQ. Ce projet qualité s'articule avec le projet qualité institutionnel, le volet qualité des contrats de pôle et le manuel de certification. Une action souligne l'intérêt accordé à la parole des usagers au cours de son parcours de soins, par la prise en compte des réclamations, qui constitue un indicateur de résultats. Il existe une politique qualité centrée sur l'utilisateur.

L'établissement B, par 2 principes phare, « *le respect et l'excellence* », met davantage en lumière l'utilisateur/client consommateur de service de qualité. En effet, « *la qualité associée à l'excellence s'entend comme la recherche du meilleur service rendu possible en réponse à la demande et aux soins réels du patient. Il s'agit d'écouter la voix du patient-citoyen pour mieux s'organiser* »³². Il existe un « projet patient, usager, client » distinct du projet qualité. Il repose sur la charte de la personne hospitalisée, et sur la place accordée aux membres de la CRUQ.

³² Eléments cités dans le projet d'établissement de l'établissement B

Le projet de soins est structuré à partir des droits des malades et de la démarche qualité et sécurité de soins. Dans cet établissement, le DS assure 3 missions (coordination des soins, qualité et relation avec les usagers). Nous relevons l’empreinte d’une vision globale dans l’organisation des soins. Les réclamations sont un des indicateurs du contrat de pôle.

L’établissement C oriente le projet qualité vers la culture qualité et la gestion des risques par la mise en oeuvre d’axes managériaux forts. Ces derniers sont d’ordre opérationnel pour favoriser l’implication, la communication et la sensibilisation à la relation avec les usagers et à la démarche qualité. Développer la compétence de l’encadrement de proximité est une des priorités pour mobiliser l’ensemble des équipes. Dans cet établissement, le DS est aussi directeur qualité. Le directeur chargé de la relation avec les usagers est le directeur du service financier. La structure est de plus petite taille ce qui peut expliquer en partie l’organisation de la direction.

Nous pouvons résumer les enseignements de ce chapitre, en soulignant l’importance accordée à l’usager et à son avis dans la politique et la stratégie institutionnelle, qui témoignent d’une dynamique d’amélioration continue de l’accueil et de la prise en charge.

2.2.2. Une CRUQ organisée, un livret d’accueil adapté

La CRUQ est en place dans les 3 établissements et fonctionne selon les modalités fixées par le législateur. Sa composition est conforme. Un règlement intérieur, validé par ses membres, fixe les modalités d’organisation et d’examen des réclamations. Deux établissements ont rédigé une procédure qualité spécifique pour la gestion des réclamations. Le nombre de réunions de la CRUQ, de réclamations et de leur délai de réponse varient pour les établissements, comme l’indique le tableau ci-dessous :

Pour l’année 2009	Etab. A	Etab. B	Etab. C
Nombre de réunions de la CRUQ	7	4 + 2 restreintes	2
Nombre de plaintes et réclamations recensées	179	94	14
Délai de réponse en jours	67	44,7	20

Il est difficile de comparer ces éléments entre établissements, tant leur configuration et leurs activités sont différentes. Toutefois, nous constatons que l’établissement C a réuni seulement 2 fois la CRUQ en 2009, le nombre de réclamations à gérer est plus faible. Les délais de réponse sont plus élevés dans les structures plus complexes, d’ailleurs, le nombre de réclamations est également plus important.

Le rapport annuel de la CRUQ reprend les points abordés au cours de l’année. Ils sont en lien avec l’étude des réclamations, l’évaluation de la satisfaction (questionnaire de sortie, courriers de remerciements, enquêtes spécifiques), le bilan des demandes d’accès aux

dossiers médicaux, la présentation des projets stratégiques (qualité et gestion des risques...), les recommandations et le bilan de leur réalisation. La typologie des réclamations est difficile à établir car les vocables utilisés sont différents d'un établissement à un autre. Toutefois, il semble se dégager les principaux motifs communs, ci-dessous :

- Les 3 premiers motifs médicaux : divergence sur les actes médicaux, communication médecin – malade / famille, contestation du diagnostic,
- Les 2 premiers motifs non médicaux : relations avec les personnels, divergence sur les actes paramédicaux.

Nous relevons également comme motif, l'attente, en unité de soins ou service administratif. Les secteurs d'activités totalisant le plus de plaintes sont, le Service d'Accueil et d'Urgences (SAU), les unités de médecine et les unités de chirurgie.

Les avis et recommandations formulés par la CRUQ, sont retrouvés dans le rapport 2009 pour 2 établissements. Ils portent essentiellement sur la procédure de gestion « administrative » des réclamations (relance rapport, diffusion lettres...), l'information et la participation des membres de la CRUQ, le droit à l'information de la personne hospitalisée et son association par la prise en compte de ses remarques. En dehors de ces recommandations, nous ne retrouvons pas de plans d'actions formalisés relatifs aux pratiques professionnelles soignantes.

Les lettres de satisfaction sont également recensées par la CRUQ, leur collecte est plus difficile car elles sont adressées souvent directement dans les unités. L'établissement A en a reçu, 30, l'établissement B, 17, l'établissement C, 9.

Le rapport de la CRUQ, après avis des instances (CME, CSIRMT, CTE...), est présenté en conseil de surveillance. Après une information en réunion d'encadrement, il est diffusé à toutes les unités. Il est adressé à l'ARS qui le transmet à son tour à la CRSA.

L'étude des **livrets d'accueil** confirme la qualité de l'information dispensée à l'utilisateur (existence d'une CRUQ, charte de la personne hospitalisée et questionnaire de sortie). Deux établissements indiquent la direction en charge de la relation avec les usagers et le numéro de téléphone pour la joindre. Toutefois, seul l'établissement A explicite les modalités de gestion des réclamations. Le taux de retour des questionnaires de sortie est de 2,99% pour l'établissement A, 2,33% pour établissement B, 27,18% pour l'établissement C. Nous constatons un taux plus important pour l'établissement C qui a mis en place une politique d'information de l'utilisateur valorisant le recueil de la satisfaction et des attentes.

Pour résumer ce chapitre, nous pouvons dire que la CRUQ est en place dans les 3 établissements de santé. Les statistiques des réclamations existent, leur exploitation reste variable d'un établissement à un autre. Le lien avec le projet de soins, qualité et gestion des

risques apparaît dans le rapport, mais il est difficile de mesurer les actions concrètes qui en découlent au sein des unités de soins. Le livret d'accueil informe l'utilisateur de ses droits.

2.2.3. Le rapport de certification, marque de l'efficacité du dispositif

Nous avons analysé 2 points du critère 51, correspondant à la gestion des réclamations, du manuel de certification V2, « *la satisfaction du patient et de son entourage est évaluée* ».

L'étude du critère 51 c, « *Les réclamations des patients sont suivies d'actions d'amélioration* », montre que le dispositif est en place dans les établissements sauf pour l'établissement C.

L'étude du 51 d, « *Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement* », indique qu'une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'utilisateurs existe et permet la définition des priorités d'amélioration, sauf pour l'établissement C qui ne l'a pas formalisée.

La politique et la stratégie institutionnelle attestent d'une dynamique d'amélioration continue de l'accueil et de la prise en charge de l'utilisateur. Toutefois, la politique de l'établissement C est moins affirmée car est en cours de définition.

2.3. Le point de vue des acteurs

2.3.1. Une représentation des réclamations plutôt constructive

L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir les principaux points en faveur d'une démarche constructive des réclamations : une représentation incitatrice au questionnement, un traitement dans la transversalité, et un outil pour faire évoluer la qualité de l'accueil et des prises en charge.

Une représentation incitatrice au questionnement, valorisant la parole de l'utilisateur et de sa famille, qui considère la réclamation, comme un signal d'alerte, un défaut de prise en charge et un levier pour améliorer la qualité des soins.

- La réclamation est un **signal d'alerte** pour prévenir un risque, tandis que la plainte revêt un caractère plus juridique. Un DS parle « *de clignotant à priori qui s'allume et incite à faire quelque chose. La plainte revêt un aspect plus désespéré, douloureux, plus fort et se situe à posteriori d'une situation préjudiciable avec une connotation juridique (précontentieux, contentieux)* ». Il peut s'agir d'un mécontentement, d'une remarque formulée par les utilisateurs ou de leur famille. Une IDE souligne « *plus fréquemment d'ailleurs ce sont les familles* ».

- La réclamation, traduit un **défaut de prise en charge** médicale ou paramédicale qui peut se situer, soit au niveau des soins techniques, soit de la relation avec les utilisateurs, comme le souligne un DS « *Il s'agit d'une possibilité de défaut de prise en charge des patients*

(négligence par exemple), d'un défaut d'information (attente d'un patient sans explication par exemple), d'une relation peu adaptée à la personne (propos brutaux) ou d'un comportement violent de la part d'un soignant au cours des soins (gestes brutaux). « Tous ces éléments sont des indicateurs de malentendus », comme le verbalise un DS qui « méritent une enquête » et ajoute, que « les réclamations peuvent aussi témoigner d'exigences importantes des usagers ou d'une insuffisance d'exigences des soignants ».

- L'intérêt de l'insatisfaction est perçu comme **un levier** pour faire évoluer le fonctionnement des unités dans le but de satisfaire l'utilisateur. Un questionnement est amené au niveau de l'équipe afin d'apporter des changements. Une IDE le confirme : *« Il y a un problème donc intérêt d'apporter un changement, de se remettre en question »*. Un CS ajoute, *« l'intérêt de l'insatisfaction c'est la remise en question de l'organisation »*.

Un traitement dans la transversalité met en relation les différents acteurs concernés, au niveau central, intermédiaire et de proximité, pour interroger le processus de prise en charge.

- **Au niveau central**, à partir du moment où une réclamation est adressée à la direction, la procédure de gestion se met en place selon le déroulement que nous avons décrit en première partie. Une véritable mise en réseau se déclenche. Les lettres de réclamations sont toutes supervisées par le Directeur Général (DG) puis transmises à la direction chargée de la relation avec les usagers. L'information est transmise (copie de la lettre) aux responsables médicaux, parfois au Président de la CME³³ et/ou aux non médicaux (DS, CSS, CS) de l'unité concernée avec une demande de rapport circonstancié. Par contre, les courriers sont communiqués à la CRUQ, de façon anonyme. Une rencontre peut être organisée en présence des plaignants, du (ou des) médecin(s) et CS. Les médiateurs et les représentants des usagers peuvent être également saisis à cette occasion, selon le type de réclamations.

La démarche est de comprendre globalement la situation, et *« recouper les informations, les croiser avec les fiches de signalement et les insatisfactions formulées dans les questionnaires de sorties »* insiste un DS. Pour cela, il est *« à l'écoute des CS et des CSS »*. Par l'intermédiaire du rapport circonstancié qu'il demande, il évalue la situation, instruit le dossier, et prend les décisions en conséquence. En fonction de la nature de la réclamation le DS délègue aux CSS de pôle, s'il s'agit d'un problème d'organisation ou d'une insuffisance d'information à l'utilisateur. Une démarche d'analyse est demandée avec un plan d'actions pour la mise en œuvre ainsi qu'un calendrier de suivi. Un DS souligne l'importance de *« traiter les réclamations de façon positive en ne voyant pas uniquement le négatif ou l'aspect faute mais plutôt voir le dysfonctionnement sous jacent de l'unité »*. Les réclamations peuvent être présentées en réunion d'encadrement où abordées rapidement en fonction de leur nature. Un DS précise que *« le projet de soins englobe les pratiques à faire évoluer en lien avec les questionnaires de sortie »*.

³³ La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prises en charge des usagers

- **Au niveau intermédiaire**, les CSS situent leur intervention en terme de soutien et d'accompagnement auprès des CS pour « *retrouver l'historique s'il s'agit d'une réclamation à posteriori* », car ces derniers vivent difficilement le fait de décrire la situation dans un rapport circonstancié. Lorsque les réclamations sont récurrentes, dans une même unité ou un même pôle, une investigation est conduite, par le CSS de pôle et le (ou les) CS concerné(s). Une différence est relevée pour le CHU, les CSS collaborent avec le référent médical ou para médical de la cellule qualité de l'unité pour comprendre et retracer l'historique du séjour de l'utilisateur. Les réclamations sont transmises à la DS qualité et à la responsable de la gestion des risques pour une centralisation des dysfonctionnements.

- **Au niveau proximité**, les CS sont informés de la réclamation soit par le CSS du pôle soit par le DS soit par le Directeur référent du pôle ou le médecin chef de pôle selon les établissements. Certains affichent la lettre, en salle de soins, en préalable d'une réunion d'analyse, en présence parfois des médecins de l'unité ou du médecin chef de pôle selon le type d'insatisfaction (surtout si elle est transversale au pôle), pour comprendre la situation et apporter des actions correctives. Les CS participent à l'élaboration du rapport, le plus objectif et complet possible, reflétant le contexte du séjour hospitalier. Le CS est parfois sollicité par le médecin pour rencontrer le plaignant afin de lui donner des éléments d'information. Dans une unité, au cours du staff mensuel, le médecin présente les lettres de réclamations à l'équipe pour les analyser. Par son positionnement, le CS prend du recul par rapport à l'équipe et suscite un questionnement, ce qui facilite l'analyse et l'objectivité.

Les IDE et les AS sont associés à l'analyse des réclamations. Une IDE précise que « *le cadre procède de la même façon lors de la réception de lettres de satisfaction ou d'insatisfaction qui fait que les plaintes et réclamations sont moins mal vécues* ». Le management basé sur la réflexion, la compréhension en l'absence de jugement de l'équipe est vécu de façon constructive par les soignants. Une IDE souligne « *l'importance d'un échange serein sans agressivité* ».

Un outil pour faire évoluer la qualité de l'accueil et des prises en charge assimilé à un support pédagogique, vecteur de changement qui permet d'associer les usagers pour faire évoluer les organisations.

- Les réclamations constituent un **support pédagogique** ayant vocation à faire évoluer les pratiques professionnelles, ainsi, un directeur qualité « *signale que le traitement précis des réclamations est assez récent, en 2008, pas de suivi précis, la participation des CS n'était pas sollicitée, les réclamations étaient adressées uniquement aux médecins alors que cela représente un matériau de réflexion sur les pratiques professionnelles, et sert au management* ». Un DS ajoute, « *elles sont diffusées au pôle ou au niveau institutionnel si un*

intérêt est repéré en terme d'amélioration des pratiques professionnelles. Le but est pédagogique ».

- Le regard porté sur les insatisfactions est **source de changement**. Dans l'établissement B, un tableau de bord mensuel, trimestriel et annuel des réclamations est adressé au médecin chef de pôle pour une exploitation polaire. Il s'agit d'un indicateur inclus dans le contrat de pôle. Dans l'établissement C, ce sont les insatisfactions relevées dans les questionnaires de sortie qui sont transmises mensuellement aux CS et aux médecins des unités. « *La réclamation (...) trouve son intérêt dans le fait qu'elle nécessite un changement, une remise en question de l'équipe et un dialogue avec le plaignant* ». Un CS affirme que « *l'intérêt de l'insatisfaction de l'utilisateur permet la remise en question de l'organisation et devient un levier pour faire évoluer le fonctionnement du service* ». Comme le traduit un CS d'un SAU, « *Suite à la réception de plusieurs lettres de réclamation, un groupe de travail sur l'accueil a été créé. Une adaptation de l'organisation a suivi, notamment, par la mise en place d'un IDE chargé de l'accueil et de la communication, par une information des usagers relative à l'organisation du SAU par panneaux affichés en salle d'attente et par une sensibilisation des équipes à la relation avec le public pour donner du sens aux actions*».

- La réclamation est un moyen d'entrer en **relation avec les usagers** par l'intermédiaire de la CRUQ, mais également hors CRUQ, pour définir des « *projets usagers* ». Un DS qualité a réuni les usagers plaignant, les CSS de pôle et les représentants des usagers suite à un recensement global d'insatisfactions (lettres, questionnaires de sortie, événements indésirables, enquête de satisfaction) relatives à deux thèmes récurrents ayant trait aux droits des malades : la douleur insuffisamment prise en compte et l'information inadaptée. L'objectif était double, sortir de l'affrontement avec les usagers et des accusations proférées pour échanger collectivement et, amener les « *CSS à s'expliquer vis-à-vis de la direction* ».

Nous retiendrons pour cette partie, que les réclamations invitent au questionnement pour dépasser les constats des professionnels. La démarche est transversale, toutefois, des limites au système de gestion des réclamations sont relevées.

2.3.2. Des limites constatées pour un dispositif perfectible

Des limites, ou des points de réserve, peuvent être abordés selon trois thèmes : une connotation négative, un dispositif de gestion perfectible et un levier insuffisant pour améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Une connotation négative de la réclamation, liée à la place investie par les usagers et les familles, à une certaine défiance du point de vue de l'utilisateur, à un sentiment d'injustice et de dévalorisation professionnelle, est mise en évidence.

- **La place investie par l'usager et sa famille** modifie les rapports avec le malade. Ce dernier participe à ses soins, et dans ce contexte, fait part de ses observations, où sa famille le fait pour lui. Cet acteur du système de santé ou sa famille n'est pas toujours perçu comme tel. Ainsi, un CSS indique que « *les familles sont pesantes, trop présentes, culpabilisent les équipes. Par ailleurs, la famille se culpabilise d'où un conflit avec l'équipe* ». Le malade est vu comme exigeant vis-à-vis de ses soins et du personnel, si « *un usager est « râleur » le parcours de l'entrée à la sortie est parsemé d'incidents* » affirme une IDE. L'usager prend une place qui bouscule les soignants. Un DS précise que « *les CS trouvent que la relation usager prend trop de place* ». Une AS trouve que « *le patient attend une réponse rapide et des actions immédiates. Les malades sont de plus en plus exigeants, avec pour certains des enjeux financiers, ce qui les incitent à déposer des réclamations* ». Un représentant des usagers nous confie « *nous servons aussi à décrypter le consumérisme, à faire la part des choses, c'est plus facile pour nous et cela aide les établissements* ». Le malade d'aujourd'hui est mieux informé de ses droits par différents moyens (Internet, médias...), il revendique une place d'usager, consommateur de service, voire même de client. « *Les droits des malades placent le patient comme un client qui paie une prestation de service et donc qui exige* » selon un CS. Selon les propos d'un CSS, « *Ce sont les ennuis qui commencent* ». Une IDE estime que « *la charte de la personne hospitalisée et la loi de 2002 positionnent l'usager comme acteur de soins, entre autre pour favoriser sa guérison mais il ne l'est pas vraiment. Les soignants occupent cette place. L'évolution est lente, il est important de lui donner la possibilité de comprendre, par des informations adaptées, car il attend de la reconnaissance, il n'est pas « objet de soins »* ».

- Une **défiance du point de vue de l'usager**, considéré comme peu objectif, qui traduit la difficulté des soignants à reconnaître le malade comme un acteur du soin, « *les plaintes ne sont pas objectivées rationnellement* ». Un CSS considère que « *les demandes extérieures (des familles) ne sont pas censées être objectives par rapport aux soins* ».

- Un **sentiment d'injustice et de dévalorisation professionnelle** témoigne de la difficulté des soignants, pour qui, la réclamation ne fait pas sens. La culture qualité est insuffisamment ancrée. Un CSS précise que « *c'est uniquement dans un seul sens, l'usager est entendu pas les soignants* ». Une AS souligne que pour elle « *la réclamation est perçue comme un jugement des pratiques professionnelles et pourtant j'ai l'impression de faire pour le mieux. Elle est d'autant mal perçue si l'unité est en difficulté, l'équipe se sent incomprise alors que le patient est écouté* ». Un CS ajoute que « *les professionnels se sentent atteints dans leurs compétences professionnelles : ce sont des choses qui font mal qu'il s'agisse de l'accueil ou du soins* ». L'équipe ne dépasse pas le stade de la réclamation et se sent comme accusée. Un directeur en charge de la relation avec les usagers indique que « *les réponses des*

services affichent une certaine défensive et un manque de réflexion par rapport aux pratiques professionnelles ».

Cette connotation négative apparaît comme une difficulté importante pour intégrer les réclamations comme outil de progrès et non de sanction.

Un dispositif de gestion des réclamations perfectible qui est traduit, par un défaut de centralisation et de recensement, une communication et une information insuffisante, une méconnaissance du dispositif et un rapport circonstancié complexe et contraignant.

- Un **défaut de centralisation et de recensement** des insatisfactions est pointé. Le recueil est loin d'être exhaustif et ne reflète pas totalement la réalité. *« Si les réclamations arrivent directement au pôle, la direction n'est pas informée »* et *« par conséquent ne sont pas forcément enregistrées »*. *« Si la personne est dépendante, il est difficile de récupérer les réclamations »* comme le signale un DS.

- Une **communication et une information insuffisantes** concernant les réclamations sont évoquées. Les médecins chefs de pôle et les CSS ne sont pas systématiquement informés de toutes les réclamations du pôle. Un CSS le relève comme un frein à la mise en synergie des professionnels du pôle. Un DS confie que les *« courriers sont de la compétence propre de l'unité, pas forcément à divulguer aux autres professionnels du pôle »*. Ils sont diffusés, au pôle ou au niveau institutionnel, si un intérêt est repéré en terme d'amélioration des pratiques professionnelles. *« Les CS et les médecins nous accordent leur confiance en élaborant le rapport circonstancié, il est important de la respecter »*. Les équipes ne sont pas toujours informées de la suite donnée à la réclamation. Cela est vécu comme *« démotivant »*, *« il est normal de connaître l'issue puisque nous y avons participé »*. Cela traduit un besoin de reconnaissance, de se situer dans le dispositif institutionnel et donner du sens aux actions.

- Une **méconnaissance du dispositif** est évoquée par la majorité des professionnels hormis les professionnels du niveau central. Pour donner du sens à une action, il est capital d'en connaître les enjeux. Les professionnels des 3 établissements ne connaissent pas les réclamations de leur unité ou du pôle. Il en est de même pour l'ensemble de la procédure de gestion des réclamations, sauf pour un CS d'un SAU qui s'est investi dans son unité pour faire diminuer les réclamations et un CSS de pôle d'activités médicales. Hormis le rapport de la CRUQ, son rôle est peu connu.

- Le **rapport circonstancié** est perçu comme complexe et contraignant par le personnel d'encadrement. La demande formulée par le DS, avec un positionnement hiérarchique, n'est pas contestée mais est mal vécue par certains CS. Selon un DS, *« il est toujours difficile d'avouer un fait qui n'est pas bon et difficile pour apporter une réponse »*, *« les CS trouvent que j'en parle trop, ils sont dans le discours, on a encore une réclamation, il va falloir faire un rapport »*. *« L'équipe ne se sent pas soutenue par le DS surtout si le courrier de réponse*

adressé à l'utilisateur reconnaît des torts à l'équipe. Cela démotive ». Par ailleurs, l'insuffisance de traçabilité dans le dossier patient peut être préjudiciable lors d'un contentieux. Un CS insiste sur « l'intérêt de la traçabilité dans les dossiers de soins qui permet de relater au plus près les faits ». Le médecin médiateur signale que « les conséquences, d'une absence d'écrit peut être grave pour l'hôpital, l'institution engage sa responsabilité ».

Un défaut de management par la qualité lié, entre autres, à une sous exploitation des données émanant de la CRUQ associée à une méconnaissance des droits des malades.

- Une **sous exploitation, au niveau institutionnel, des données du rapport de la CRUQ** diminue l'effet levier attendu. *«Le rapport est « noyé » parmi toutes les autres informations et n'est pas exploité efficacement ». « S'agit-il d'une traduction d'une motivation faible à mettre en lumière les dysfonctionnements ? »* selon un CSS. Un autre CSS précise *« pas sûr que l'on dépasse la plainte »*. Ce qui peut traduire que les équipes n'en tiennent pas compte dans leurs pratiques professionnelles. Par ailleurs, le plan d'actions de la CRUQ est présenté mais *« il n'y a pas grand-chose qui suit après en terme d'actions correctives. L'exploitation est insuffisante dans le cadre de la qualité »*. Un représentant des usagers affirme que *« les réclamations ne sont pas toujours prises en considération par le terrain »*. Selon le médiateur médical, *« l'analyse des données statistiques n'est pas reprise en terme d'actions, les dysfonctionnements relèvent du DS qui doit recadrer tout le monde par rapport à l'organisation des soins »*. Un AS ajoute que *« les actions correctives sont peu formalisées au niveau de l'unité, il n'y a pas d'écrit »*. Les professionnels attendent *« une impulsion plus marquée au niveau stratégique »*.

- Une **méconnaissance des droits des malades** (consentement éclairé, personne de confiance, information...) est constatée lors de l'analyse des entretiens. Ils sont connus par les 2/3 du personnel d'encadrement, par contre, le rôle de la CRUQ seulement par 1/3. Les IDE et AS ont de vagues connaissances, une IDE souligne, *« je n'ai pas la connaissance des droits des malades, des papiers, cela nous dépasse »*. Comment la culture en faveur du malade/acteur du système de santé peut-elle se développer si le personnel d'encadrement et les professionnels sont peu informés ?

En synthèse, la représentation de la réclamation est négative, injuste, dévalorisante par certains professionnels. Le dispositif de gestion de la réclamation n'est pas exhaustif dans le recensement et peu connu par l'ensemble des personnels. Les données émanant de la CRUQ sont sous utilisées et les droits des malades sont méconnus.

2.3.3. Les attentes et les propositions des acteurs

A cette étape du travail, nous avons repéré les points forts à maintenir et les limites. Pour enrichir la réflexion professionnelle de cette partie, nous allons analyser les réponses à la

question, posée lors des entretiens, relative aux pistes de prévention, d'amélioration et aux attentes des professionnels. Nous avons dégagé les thématiques suivantes : la considération de l'utilisateur, une évolution vers un dispositif de gestion des réclamations plus opérationnel, un axe de management par la qualité et un accompagnement des équipes.

La reconnaissance de la place de l'utilisateur/acteur se manifeste par la nécessité à son accueil de se mobiliser pour gagner sa confiance, de l'écouter et de l'informer.

- Les équipes soignantes expriment, **l'accueil** du malade comme **un enjeu** pour que le séjour se déroule dans de bonnes conditions, « *soigner l'accueil, établir la confiance avec l'équipe afin que la personne prenne des repères* ». La confiance s'établit, aussi, selon un CS « *en se présentant au malade et à sa famille, pour une considération de ces personnes* ».

- La **nécessité d'écouter** l'utilisateur devient une priorité pour améliorer la qualité des prestations « *sans se flageller* » comme le souligne un CS. Par ailleurs, « *des échanges réguliers avec les familles et les patients diminueraient les insatisfactions* ». C'est aussi être attentif au cours du séjour aux besoins de la personne par des échanges réguliers.

- **L'information** est primordiale pour éviter les insatisfactions. Il est indispensable, à l'entrée de l'utilisateur, de renforcer l'information, de lui présenter précisément le livret accueil, « *le fonctionnement hospitalier* » voire même, « *afficher des documents sur le fonctionnement de l'unité (...)* » souligne un CS exerçant au SAU. Une IDE précise, « *que l'information est aussi en destination des familles* ».

Les usagers apprécient la qualité des soins en la reliant à « *la qualité de la relation qu'ils ont avec les professionnels de santé et moins aux processus cliniques ou aux résultats des soins pour lesquels ils ont plutôt tendance à s'en remettre aux praticiens et aux organisations* »³⁴.

Un dispositif de gestion plus opérationnel pour disposer de tableaux bord, exploiter pleinement le rapport de la CRUQ et les questionnaires de sortie et, centraliser toutes les insatisfactions et les satisfactions, sont les principales attentes de l'ensemble des acteurs.

- **L'utilisation de tableaux de bord** permet d'objectiver les dysfonctionnements, mais également de se situer par rapport à la prestation dispensée dans l'unité. Cela permet « *d'objectiver et de prendre du recul afin d'éviter que les réclamations aient des répercussions négatives sur la démarche* », « *Utiliser des tableaux de bord pour se situer* » ajoute une AS.

- **L'exploitation du rapport de la CRUQ** et des résultats des questionnaires de sortie est une des attentes prioritaires des professionnels, « *(...) ce sont deux supports à exploiter pour réfléchir en groupe aux réorganisations des unités, et pour établir un plan d'actions*

³⁴ GHADI V et NAIDITCH M, « *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins*. Revue bibliographique ». Etudes de la DREES, p. 14.

correctives ». Le questionnaire de sortie est perçu comme un moyen de prévention des insatisfactions. Ceci dans la mesure où « *il est exploité en équipe* ». Toutefois, l'intérêt de formaliser l'utilisation de ces supports « clés » pour les rendre efficaces est évoqué. « *Le bilan des questionnaires de sortie et le rapport de la CRUQ sont adressés à l'encadrement mais laisser au libre choix du CS ou CSS de l'exploiter à son niveau sans véritable politique d'amélioration continue de la qualité des prises en charge* ».

- **La centralisation des satisfactions ou insatisfactions** est un élément incontournable pour mieux objectiver l'avis des usagers. « *Tenir compte des remarques des usagers formulées dans le questionnaire de sortie et celles qui sont exprimées oralement par les usagers car si l'utilisateur est satisfait, le soignant le sera aussi* ». « *La création d'une base de données où apparaîtront toutes les réclamations recensées par unité et par pôle avec des autorisations d'accès faciliterait leur exploitation* » selon le CSS du CHU.

Un axe fort concerne le management au quotidien, le management par les faits et non par la faute, et la **coordination du DS**.

- Un **management au quotidien** est indispensable pour prévenir les insatisfactions des usagers. Un CS insiste sur « *l'intérêt de l'écoute verbale de l'utilisateur qui est primordiale pour détecter un problème. Cela permet d'exposer, lors de la transmission, l'insatisfaction, pouvant générer une réclamation. L'intérêt est de conduire une réflexion pluriprofessionnelle sur la situation et de trouver les moyens d'y remédier* ». Une IDE confirme « *l'importance d'être attentive à la personne hospitalisée, de surcroît vulnérable, et à sa famille afin de déceler rapidement une insatisfaction et la traiter en équipe* ». Le rôle des IDE et des AS est mis en valeur dans cette prévention car ils « *sont au contact direct des usagers et sont à même de repérer ce qui ne convient pas au patient. Leur rôle est prépondérant dans la prévention* ».

- Un **management, par les faits** et non par la faute, est attendu par les professionnels de terrain. Il est incitateur à l'expression des équipes, à la réflexion et à la valorisation de la démarche des usagers. Le rôle du CS est prépondérant dans la gestion des dysfonctionnements, il est reconnu et légitimé par l'équipe. « *Manager l'équipe de manière à ce qu'elle se livre sans être accusée, c'est favoriser la remise en question, la réflexion professionnelle* ». « *Le rôle du manager c'est d'exploiter ce qui est négatif comme support d'amélioration, de le présenter de façon valorisante pour amener l'équipe à cheminer, c'est valoriser l'action collective, ça donne du sens* ». Une volonté d'engager un processus d'analyse des dysfonctionnements avec des acteurs pluridisciplinaires est pointée : « *La gestion des réclamations est à réaliser avec l'équipe soignante, médicale et administrative* ».

- La **coordination par le DS**, pour valoriser la démarche de traitement des réclamations, est soulignée par les différents personnels d'encadrement. Un CS insiste sur l'intérêt, « *d'une présentation régulière en réunion d'encadrement des lettres de satisfaction et d'insatisfaction* ».

pour une réflexion de groupe » car « les professionnels du terrain ont des attentes ». Ils attendent que leur rôle soit reconnu par la « hiérarchie » pour se sentir valorisés dans leur fonction. C'est aussi donner du sens à l'action, « Il est important que le DS soit destinataire du plan d'action, organise le suivi et l'évaluation ». Les attentes s'expriment également en terme « d'accompagnement, d'actualisation de la veille réglementaire et de conseils pour élaborer les rapports ». Un CS regrette que « la prévention des réclamations ne pas soit vraiment discutée en groupe d'encadrement mais plutôt lors de la réception d'un courrier ». L'échange s'appuie sur un dysfonctionnement et non sur une réflexion visant à prévenir l'insatisfaction. La recherche de synergie entre les professionnels des unités et pôles pour développer une démarche qualité d'accueil et de prise en charge est nécessaire : « Cerner les services les plus concernés et organiser une réflexion commune ». Pour cela, « une formalisation d'une procédure opérationnelle de gestion des réclamations pour l'encadrement est un préalable pour structurer le suivi de la démarche ».

L'accompagnement des équipes pour mieux appréhender la relation avec les usagers est signifié par une nécessaire sensibilisation aux droits des malades et, des besoins en formation.

- Une **sensibilisation aux droits des malades** paraît indispensable pour resituer le malade dans le système de santé, « sensibiliser les équipes aux droits des usagers et à l'écoute des familles », « le changement culturel est à conduire, nous en sommes loin, cela avance doucement » comme le souligne un DS.

- Des **besoins en formation** sont exprimés pour permettre le développement de compétences relationnelles en direction de l'utilisateur/client, « une formation à la communication et à l'information des personnes pour apprendre à prendre du recul avec le terrain serait utile » comme le verbalise une AS. Un DS ajoute « qu'une formation à l'écoute et à la relation clientèle serait utile ».

En synthèse de ce deuxième chapitre, nous pouvons admettre que l'enquête de terrain confirme la question de départ à partir du cadre conceptuel du premier chapitre.

Les réclamations constituent un levier managérial pour améliorer la qualité des soins, toutefois, des freins en limitent la portée attendue.

Les conclusions de l'étude étayent la nécessité d'une réflexion en matière de positionnement de la direction des soins, de développement de la culture usager/client et de management par la qualité.

3. Les réclamations : vers une dynamique managériale pour une appropriation par les acteurs

3.1. Le positionnement et rôle de la direction des soins

3.1.1. Une légitimité institutionnelle

Le décret du 19 avril 2002³⁵ précise que le DS est **membre de l'équipe de direction**. Il collabore à l'ensemble des projets institutionnels. Il « *participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins* »³⁶. Le DS de soins se situe au carrefour de plusieurs logiques professionnelles pour organiser la politique de soins dans la transversalité.

Le décret du 30 avril 2010 relatif à la CSIRMT dans les établissements publics de santé, précise que la commission donne son avis sur « *les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers* ». Ce dernier point est nouveau, dans le texte, par rapport à l'Ordonnance de 2005 et indique clairement la responsabilité du DS dans ce domaine. En concertation avec les différents professionnels, avec la possibilité d'associer les représentants des usagers, le DS élabore le projet de soins, en lien avec le projet médical, prenant en compte la politique d'accueil et de la prise en charge des usagers.

La loi HPST du 21 juillet 2009³⁷, dans son article L. 6143-7-4., désigne le Président de la CSIRMT, **membre de droit du directoire**. La fonction prend une nouvelle dimension pour un positionnement plus stratégique et politique du DS, coordonnateur général des soins. A ce titre, il a une mission de conseil pour la définition de la politique institutionnelle et de participation à la décision. D'une manière pragmatique, en participant aux échanges professionnels du Directoire, il exerce plus facilement sa mission d'appui à la fonction cadre.

Le décret du 2 mars 2005 relatif à la CRUQ ne prévoit pas de siège pour le DS au sein de la commission mais, le représentant de la CSIRMT et son suppléant sont, selon l'Art. R. 1112-81., « *désignés par le directeur du service de soins infirmiers* ». Ainsi, la direction des soins est concernée par le fonctionnement de la CRUQ. La CSIRMT est informée des réclamations et contribue, par le projet de soins, à proposer des axes d'amélioration. La réglementation confère, au DS, un rôle déterminant en matière de politique de soins et de management par la qualité.

³⁵ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du DS de la fonction publique hospitalière

³⁶ Loc. cit., Art. R. 4.3

³⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

3.1.2. Une reconnaissance managériale

Le DS dispose d'une légitimité managériale liée à son positionnement institutionnel et à son appartenance à l'équipe de direction. Sa valeur ajoutée se situe dans son expérience des organisations de soins et du management par la qualité, qui lui octroie une place particulière au sein du conseil de direction. Il est l'acteur principal de la coordination des soins et, pour cela, à la croisée des logiques soignantes, administratives et économiques.

Il est le manager de l'ensemble des personnels paramédicaux qui représente la majorité des professionnels. Les équipes, lors des entretiens, ont manifesté des attentes vis-à-vis du DS, en terme de soutien et d'accompagnement. « *Le directeur des soins a un rôle pédagogique majeur pour accompagner les cadres de santé et notamment les cadres coordonnateurs de pôle dans leur fonction de manager. Ils doivent être là pour épauler, conseiller, faire le lien entre tous les cadres de l'institution* »³⁸. Il trouve, également, sa place auprès des équipes de pôle dans un rôle d'appui et d'expertise. Il est un des acteurs principaux des démarches transversales qui sont au cœur du management par la qualité. Son positionnement vis-à-vis de l'encadrement lui permet de mettre en œuvre concrètement les décisions émanant de la direction, en s'appuyant sur lui et, en liaison avec les autres directions fonctionnelles, en particulier, avec le directeur en charge de la relation avec les usagers et de la qualité.

Sa connaissance des processus de soins font de lui un expert sur lequel les différents collaborateurs se réfèrent. Dans ce sens, les nouvelles attributions de la CME concernant l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (Art. R. 6144-2 : I³⁹) amènent le DS à être un véritable partenaire du président de CME.

3.1.3. Pour une politique de soins orientée « usager-qualité »

La création d'un **réseau institutionnel de référents** ou de correspondants « relation usager » serait un autre moyen de souligner l'importance de l'écoute des usagers et d'ajuster les parcours de soins. Par ailleurs, le référent ou le correspondant de l'unité ou du pôle, serait le relais, pour les équipes, de la politique institutionnelle en regard des usagers. A cette fin, une formation relative aux droits des malades sous tendrait leurs missions pour qu'elles prennent sens. L'objectif du groupe porterait plus précisément sur l'exploitation des réclamations (rendues anonymes, courriers partiels...) comme analyse des pratiques professionnelles pour en déduire des enseignements en vue d'être force de propositions dans le prolongement de la CRUQ. En fait, il s'agit de développer une synergie institutionnelle et, en même temps, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, de décloisonner les unités. Cette piste de réflexion ne peut s'instruire que suite à un travail en

³⁸ CADET D., *Impact des nouvelles organisations sur les pratiques soignantes et médicales*, p. 49.

³⁹ Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

collaboration étroite avec le directeur en charge de la relation avec les usagers et le Président de la CME après avis du directeur général.

Une **politique d'exploitation des tableaux de bord** issus du rapport annuel de la CRUQ, des questionnaires de sorties, des fiches d'évènements indésirables et des enquêtes de satisfaction est essentielle, pour marquer l'importance des attentes des usagers et donner du sens aux actions des professionnels. Tous ces éléments sont des indices à prendre en compte dans les réflexions relatives à l'organisation des soins. Les conclusions de l'analyse sont à inclure dans le projet de soins, en terme d'objectifs à décliner au niveau des pôles et des unités. Le rôle des CSS et des CS est primordial.

Un **plan d'actions type « réclamation »** pour analyser méthodiquement et pédagogiquement, chaque réclamation et décrire précisément les actions correctives formaliserait la nécessité d'approfondir de manière structurée les insatisfactions tout en assurant leur suivi. Il mobiliserait les CSS, véritable relais du DS, et les CS pour une utilisation au niveau polaire et des unités. Cette démarche valoriserait l'exploitation des réclamations et faciliterait l'écriture du rapport circonstancié.

Renforcer la politique de diffusion du questionnaire de sortie pour accroître le recueil des attentes des usagers. C'est un en quelque sorte un dispositif de prévention primaire de la réclamation. Nous avons vu lors de l'enquête un taux de retour des questionnaires de sortie proche de 30% dans un CH. La direction des soins a mis en place une stratégie visant à impliquer tous les acteurs. Il est remis à l'entrée à l'utilisateur dans l'unité de soins avec une explication sur son utilité et la veille du départ, s'il n'est pas rempli, les soignants réitèrent l'information. Comme l'avait souligné une AS, *« ils sont peu remplis, ce n'est pas la priorité pour les malades, sauf s'ils ne sont pas contents »*, ce qui confirme son utilité pour recueillir aussi la satisfaction et motiver les équipes.

3.2. Vers une culture « usager » : une nécessaire sensibilisation des professionnels

3.2.1. Un accompagnement par des actions de formation

Nous avons constaté suite aux résultats de l'enquête que les professionnels sont insuffisamment informés des droits des malades, que ce soit la loi de 2002 relative aux droits des malades ou le rôle de la CRUQ. Ils ont également souligné la dimension relationnelle entrant dans la genèse de la réclamation, que ce soit au niveau de l'écoute ou de la relation. L'inscription de ces thèmes au plan de formation est essentielle pour donner du sens dans les pratiques professionnelles et développer une autre approche relationnelle avec l'utilisateur du système de santé. La formation continue permet d'élever le niveau de compétences et d'accompagner un changement culturel aboutissant à un changement de comportement.

3.2.2. Une communication régulière, facteur de motivation des acteurs

La communication joue un rôle essentiel car elle maintient les conditions d'adhésion et d'implication des acteurs. Elle renforce le sentiment d'appartenance à une institution. Elle permet aux professionnels de s'exprimer et constitue un dispositif d'écoute pour détecter les freins éventuels et rechercher les moyens de les lever. Le DS, au cours d'une réunion d'encadrement ou d'une réunion spécifique, présente le bilan des insatisfactions et des satisfactions, issu de la CRUQ et de la cellule qualité mettant en valeur les plans d'actions initiés. Il s'agit de mettre l'accent sur les manifestations des usagers pour se situer dans les organisations efficaces et celles qui le sont moins, tout en valorisant la dynamique des équipes. Au niveau des pôles et des unités, chaque professionnel doit bénéficier d'information relative à la satisfaction ou insatisfaction des usagers.

3.2.3. Une information relative au dispositif de gestion des réclamations

Pour donner du sens à l'ensemble de la démarche de gestion des réclamations une information est nécessaire. Sans vouloir stigmatiser les insatisfactions des usagers, il est important que les acteurs de santé connaissent globalement le cheminement d'une réclamation et d'en comprendre les enjeux pour l'institution. Sans avoir la prétention de développer des connaissances étendues, une information présentant le dispositif en favoriserait la compréhension. Cette information s'adresse, aussi, aux nouveaux arrivants.

3.3. Des réclamations au management par la qualité

Dans cette partie, nous allons exposer une expérience aboutie qui pourrait servir de modèle d'utilisation des réclamations pour améliorer l'accueil et la prise en charge en positionnant le malade comme acteur du système de santé, tout en valorisant l'équipe. Cette approche est réalisable dans certaines conditions (représentation de la place de l'utilisateur, management par la qualité et par les faits...).

3.3.1. Un retour d'expérience à partager

En 2007, à sa prise de fonction, un CS de l'établissement A constate un dysfonctionnement relatif à la gestion des réclamations. Le rapport circonstancié est rédigé par les secrétaires en collaboration avec les médecins mais manque de précisions et de réactivité pour sa transmission à la direction. Le CS est gêné par cette situation car l'utilisateur reçoit une lettre peu précise et tardive. Sur 55 000 passages au SAU, un seul courrier de félicitations a été adressé versus 33 courriers d'insatisfaction. Face à ce constat, le CS établit une cartographie du type de réclamations pour comprendre. Les fiches d'événements indésirables émanant des services se plaignant du SAU (malade souillé, transmission non faite...) et, les feuilles de signalement remplies par l'équipe lors d'insatisfactions orales d'un utilisateur, sont également exploitées. Les réclamations récurrentes portaient sur l'accueil, l'attente, la perte d'objets, le

sentiment de maltraitance... Cette cartographie a permis d'objectiver les dysfonctionnements de manière tangible. Afin de sensibiliser l'équipe, dès réception d'un courrier de réclamations, le CS communiquait les éléments de la réclamation avant de conduire une réflexion pluriprofessionnelle. Une prise de conscience de l'équipe, « *on parle mal, on fait attendre les malades alors que l'on ne devrait pas* », a entraîné la mise en place d'une démarche qualité pour améliorer la prestation soins du SAU. Un groupe de travail a été constitué pour étudier de manière plus approfondie les insatisfactions avec l'aide d'une grille d'analyse créée par les participants du groupe. L'équipe a adhéré à la dynamique.

En parallèle de la démarche d'analyse, le CS a fait preuve d'une grande implication sur le terrain, et amenait une réflexion d'équipe à chaque fois qu'il repérait un accueil ou une prise en charge non conforme. Un management au quotidien est nécessaire, « *il faut avoir un œil au quotidien sur ce qui se passe, et avec du recul, car les automatismes délétères pour les soins se transmettent vite* ». L'équipe a également bénéficié d'un accompagnement par un psychologue pour développer une attitude d'accueil et d'écoute. Certaines organisations ont été modifiées (prestation repas, le recensement des effets personnels...) et entérinées par des procédures formalisées. Le CS coordonnait ses actions, en collaboration, avec l'équipe médicale et le DS qualité. La démarche a été communiquée à la CRUQ et au forum qualité du CHU pour une valorisation de l'expression des usagers, des professionnels du SAU et un partage interprofessionnel. Lorsque le CS a quitté le SAU, c'est-à-dire plus d'un an et demi après la mise en œuvre de la démarche, les réclamations avaient considérablement diminué et les lettres de satisfactions avaient augmenté.

3.3.2. Illustrant un management par la qualité

Le CS a joué un rôle essentiel dans l'exploitation des réclamations. A partir d'une sensibilisation des acteurs, d'une objectivation des faits et, de la détermination à reconnaître l'utilisateur dans ses attentes, le management pratiqué par le CS a donné du sens. Le changement s'est opéré à partir d'objectifs concrets, en impliquant les professionnels volontaires (nombreux) à analyser et à proposer des actions correctives. Le CS a amené l'équipe à se questionner sur les situations factuelles. Le management par les faits « *...c'est une bonne première marche vers le management créatif et innovant.* », « *... a pour premier objectif de remplacer les idées reçues par des faits* »⁴⁰. Le CS s'est appuyé sur les compétences de chaque professionnel et sur leur capacité à innover pour introduire les changements. Les équipes se sont senties accompagnées par le CS. Cette expérience a conforté la position du CS, dans sa « *fonction pédagogique (...) en recentrant les infirmiers sur des savoirs théoriques et des référentiels de bonnes pratiques* »⁴¹. L'utilisation d'indicateurs de performance (le suivi des réclamations) objective les résultats de la

⁴⁰ CHEVALLIER G., op. cit., p. 305.

⁴¹ DERANGERS C, TONY A., CHRISTE R., *Evaluation des pratiques professionnelles : la place des cadres*, p. 25.

démarche et, sont facteurs d'encouragement et de motivation pour les soignants. Le rôle du CS est d'organiser les soins, en étant en dehors et non au cœur du soin pour garder son objectivité, de plus, c'est la place de l'équipe. « *Il faut se donner sur le terrain* » disait le CS et « *montrer ses convictions à l'équipe soignante (médicale et paramédicale)* », en précisant que « *l'amélioration de la qualité des soins dépend du management et de la politique institutionnelle* ». Le CS a été, accompagné par les médecins et le DS et, reconnu sur le plan institutionnel. Ainsi, « *prendre en compte le client et ses attentes, devient une norme interne difficile à contourner, au risque de se retrouver hors-jeu* ». ⁴²

C'est le moyen pour le DS, les CSS et CS de mobiliser les ressources, chacun à son niveau, pour faire des réclamations un moyen d'améliorer la qualité des soins, de favoriser le développement professionnel des acteurs de soins, de resituer la place et la parole de l'utilisateur comme acteur du soin. Cette exploitation est à contractualiser pour la rendre plus « officielle » et, lui accorder de l'importance. « *Un projet qualité doit nécessairement viser plusieurs bénéficiaires : les clients/patients, certes, mais aussi et dans une même mesure le personnel et les cadres avec lesquels le compromis qualité doit être élaboré* » ⁴³.

3.3.3. Témoignant d'une empreinte culturelle usager/client

Pour développer cette partie nous nous appuyons sur le guide de l'ANAES, « *Principes d'une démarche qualité en établissements de santé* ».

La dimension culturelle s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en oeuvre de la démarche qualité. L'évolution de la culture s'acquiert progressivement par la conduite des différentes actions. Le but est d'agir en profondeur sur l'ensemble des acteurs en développant :

- le travail en équipe, l'esprit d'ouverture et collaboration qui permettent de construire un vocabulaire partagé et, une vision commune afin de travailler sur les représentations individuelles et donner la volonté d'agir ensemble.
- l'approche client, est difficile à intégrer sur le plan culturel car le regard du client sur l'institution compte et les professionnels considèrent souvent que le client n'est pas compétent pour apprécier la qualité d'un service. L'effort culturel, qui consiste à accepter le regard du client, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès.
- la culture de la mesure qui permet l'instauration d'un dialogue objectif entre professionnels, la distinction entre les faits et les opinions, la prise de décision à partir d'éléments factuels et l'objectivation des changements ;
- l'approche positive de l'erreur qui conçoit les erreurs et les dysfonctionnements comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable à sanctionner.

⁴² BELLAÏCHE M., *Manager vraiment par la qualité*, p. 47.

⁴³ HEES M., *Le management à l'hôpital, Science, Art, Magie ?*, p. 25.

Conclusion

Les relations entre les usagers et les intervenants du système de santé connaissent des évolutions sensibles, allant en particulier, vers une plus grande prise en compte des attentes des usagers et de leurs familles. La loi du 4 mars 2002 proclame la mise en œuvre d'une démocratie sanitaire qui reconnaît de nouveaux droits pour les malades et suggère de modifier certaines pratiques professionnelles. A cet égard, la charte de la personne hospitalisée présente les principaux droits, dont le droit à exprimer ses griefs en cas d'insatisfaction. La CRUQ veille aux respects des droits des malades et contribue à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des usagers. Dans ce cadre, la réclamation fait l'objet d'une étude pour déceler les dysfonctionnements qui ont entraîné l'insatisfaction. La réclamation devient un outil d'amélioration des processus de soins dans la mesure où l'institution adopte une politique managériale par la qualité.

Nous avons démontré suite à l'enquête, que la procédure de gestion des réclamations, au niveau central, est structurée. Au niveau des unités des soins et des pôles, si la réclamation de l'utilisateur est un levier de changement, managée par une certaine culture qualité, il n'en reste pas moins qu'il existe des freins, liés en partie à la représentation du malade plutôt considéré, par certains professionnels, comme patient et non usager/client. Les remarques de ce dernier sont parfois mises en doute par les soignants, et de ce fait la réclamation revêt un caractère moins mobilisateur au niveau de la dynamique d'équipe. Selon une représentante des usagers, *«il faudrait changer la notion de plainte. Qu'elle s'inscrive dans une dynamique d'amélioration de l'établissement au profit de l'utilisateur et qu'elle ne soit plus perçue comme la dénonciation d'un problème.»*⁴⁴

Dans les établissements enquêtés, il n'existe pas de stratégie formalisée d'analyse d'une réclamation liée aux secteurs de soins et de son suivi, hormis l'élaboration du rapport circonstancié. Par conséquent, il est difficile de repérer, au niveau de la direction des soins, la méthodologie d'exploration du dysfonctionnement qui en assure le suivi et la traçabilité. De plus, l'exploitation du rapport de la CRUQ est limitée, ce qui fait qu'aujourd'hui, les réclamations sont investies partiellement, au niveau des pôles et des unités. Nous n'avons pas noté de différences importantes relatives aux modalités de gestion ou de perception de la réclamation suite aux résultats de l'enquête, malgré des structures d'établissement différentes.

⁴⁴ DUTHYER C. , LEONARD A.S., FABRY C., en collaboration avec DEVICTOR B., PINAZ M., *Les relations de l'hôpital avec les usagers*, p. 7.

La position du DS lui permet de mettre en place une politique de soins, inscrite dans le projet de soins, orientée vers la relation avec les usagers associée à un projet de management par la qualité. Mais avant que la réclamation devienne un véritable outil managérial et de changement, les acteurs doivent lui donner du sens. En effet, cette condition est primordiale, pour que la réclamation soit considérée, par l'encadrement et les équipes soignantes, comme support d'une démarche pédagogique basée sur une réflexion pluriprofessionnelle du parcours de soins et appuyée par une culture partagée. Un accompagnement du personnel d'encadrement et des équipes est essentiel pour apprendre à manager par la qualité et par les faits. Concilier la qualité des soins, la satisfaction des usagers et des professionnels, l'efficacité des moyens par une diminution de la « non-qualité », tout en valorisant la place de l'utilisateur/acteur et, en respectant la politique nationale de santé, tels sont les enjeux de faire des réclamations, un levier d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Comme le souligne S. FAUGERAS, « *La voix de l'utilisateur peut être un excellent vecteur du concept moderne de la qualité* »⁴⁵. Inclure ce concept dans les réflexions relatives aux organisations de soins nous paraît essentiel pour reconnaître l'utilisateur, acteur du système de santé dont la réclamation constitue un moyen. Dans le quotidien, comment la parole de l'utilisateur est-elle prise en compte pour qu'il soit un véritable partenaire de soins ?

⁴⁵ FAUGERAS S., *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, p.12.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Lois et Ordonnances

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 54 du 5 mars 2002. [visité le 15 mars 2010], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte>

PREMIER MINISTRE. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel du 25 avril 1996. [visité le 3 avril 2010], disponible sur Internet :

<HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=LEGITEXT000005620817&DATETEXTE=20100821>

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. [en ligne]. Journal Officiel, 3 janvier 1971. [visité le 11 juin 2010], disponible sur Internet : <http://admi.net/jo/loi70-1318.html>

Arrêté

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé Version consolidée au 16 mai 2008 [en ligne]. Journal Officiel, n°0053 du 4 mars 2005. [visité le 3 juillet 2010], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018787636>

Décrets

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0104 du 5 mai 2010. [visité le 28 juillet 2010], disponible sur Internet :

http://www.google.fr/search?source=ig&hl=fr&rlz=1R2SKPB_frFR355&q=D%C3%A9cret+n%C2%B0+2010-449+du+30+avril+2010+&btnG=Recherche+Google&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0102 du 2 mai 2010. [visité le 28 juillet 2010], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022153973&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTRE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge [en ligne]. Journal Officiel, n°0053 du 4 mars 2005. [visité le 2 mars 2010], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000604887&dateTexte>

MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, 7187–7191.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. [en ligne]. Journal officiel, du 16 janvier 1974. [visité le 4 juillet 2010], disponible sur Internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7FACA8FEF8B03682E86F68DFC CD6562E.tpdjo12v_1?cidTexte=JORFTEXT000000703193&dateTexte=20030526

Circulaire

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée [en ligne]. Texte non paru au Journal officiel. [visité le 20 juillet 2010], disponible sur Internet :

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf

OUVRAGES

BELLAÏCHE M., 2008, *Manager vraiment par la qualité*, 1^{ère} édition, Paris : AFNOR, 236p.

CHEVALLIER G., 2009, *Eléments de management public, le management public par la qualité*, 1^{ère} édition, Paris : AFNOR, 450p.

CRESSON G., SCHWEYER FX, 2000, *Les usagers du système de soins*, 1^{ère} édition, Rennes : ENSP, 352p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1^{ère} édition, Paris : Seuil, collection Points Essais, 500p.

FAUGERAS S., LAFORCADE M., Préface, 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, 1^{ère} édition, Paris : Seli Arslan SA, 272p.

HART J., LUCAS S., préface de FRIEDBERG E., 2009, *Management hospitalier, stratégies nouvelles de cadres*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 180p.

HEES M., 2000, *Le management à l'hôpital, Science, art, magie ?*, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan SA, 186p.

MINTZBERG H, 2009, *Le manager au quotidien*, 10^{ème} édition, Eyrolles : édition d'Organisation, 283p.

ARTICLES (DE PERIODIQUES)

JEGU J., PONCHON F., « *La charte du patient hospitalisé* » [en ligne]. Actualité [visité le 3 juillet 2010], disponible sur Internet :

http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2392

CLEMENT J.M., 2007, « *Les usagers du service public hospitalier* ». Gazette de l'hôpital, Les Etudes Hospitalières, n°68, pp. 1-8.

CADET D., 2007, « *Impact des nouvelles organisations sur les pratiques soignantes et médicales* ». Soins cadres de santé, n°63, pp.1-60.

COQUAZ C., MADELMONT F., 2008, « L'organisation des ressources humaines au service de l'optimisation du parcours de prise en charge du patient ». Santé RH, n°1, pp.11-16.

DERANGERS C, TONY A., CHRISTE R., 2008, « *L'évaluation des pratiques comme outil managérial* ». Objectif Soins, n°167, pp. 24-25.

DRULHE M., 2002, « *L'usager, un acteur du système de santé* ». Vecteursanté en Midi-Pyrénées, n°6, pp. 2-4.

DUTHYER C., LEONARD A.S., FABRY C., en collaboration avec DEVICTOR B., PINAZ M., « *Les relations de l'hôpital avec les usagers* ». Tonic, le journal des hospices civils de Lyon, n°123, pp. 6-11.

GHADI V et NAIDITCH M, « *L'information de l'usager/consommateur sur la performance du système de soins. Revue bibliographique* ». Etudes de la DREES.

GASSEE J.P., DEHON. M., MEIRESONNE A., 1996, « *Les plaintes des patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins ?* ». Gestions Hospitalières, n°356, pp. 389-392.

SCHERB B., 2009, « *Analyser les pratiques, professionnaliser, enjeux d'une performance durable* ». Revue hospitalières de France, n°528, pp.18-20.

RAPPORTS, GUIDES, REFERENTIELS

ANAES, avril 2002, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* [en ligne], disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, 87p.

LES GUIDES DE L'AP-HP, 1999, *Les réclamations à l'hôpital, écouter, informer, orienter*, 151p.

LOPEZ A., REMY P.L., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 2007, Rapport, *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, n°RM2007-045, 41p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2008, Guide méthodologique, *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers*, 53p.

OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE D'AUVERGNE, 2009, Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé, document de travail, 77p.

MEMOIRES

MARQUET S., 2008, *La participation des soignants à la valorisation médico-économique des activités de soins : un enjeu managérial pour le directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, filière Directeur des soins : Rennes, 37p.

GUENOT C., 2005, *l'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière Directeur des soins : Rennes, 57p.

SITES INTERNET

Association Française des Directeurs de Soins. *Directeur des soins : une nouvelle dimension plus stratégique et politique*. [visité le 25 mars 2010], disponible sur Internet :

<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/directeur-des-soins-une-nouvelle-dimension-plus-strategique-et-politique.html>

Collectif InteraSSociatif sur la santé. *Rapport d'activité 2008*. [visité le 28 février 2010], disponible sur Internet : <http://www.leciss.org/>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. L'historique depuis 1945. [visité le 1 juin 2010], disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/l-historique-depuis-1945,5932.html>

WIKIPEDIA. *Plainte*. [visité le 5 juillet 2010], disponible sur Internet : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Plainte>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Tableau de présentation des établissements enquêtés et des professionnels interviewés

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Je vous remercie de me recevoir pour cet entretien.

Actuellement, je suis à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour exercer la fonction de directeur des soins. Je souhaite vous consulter dans le cadre d'un travail de fin d'étude dont le thème porte sur les plaintes et les réclamations des usagers à l'hôpital. La durée approximative de l'entretien est de 30' et, sera enregistré si vous en êtes d'accord. Dans le cas contraire, je prendrai des notes au plus près de vos propos. L'anonymat de notre échange est garanti.

1. Qu'évoque pour vous les termes « plaintes et réclamations » ?
2. Pouvez-vous me dire comment se passe/est organisé le pilotage des plaintes et des réclamations dans votre établissement/pôle/unité ?
3. Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile dans la gestion des plaintes et réclamations ? Où quelles difficultés rencontrez-vous dans le pilotage au sein de votre établissement/pôle/unité ?
4. Pouvez vous me parler de la Commission de la Relation avec les Usagers et de la Qualité des prises en charge ?
5. Quel lien faites vous avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ?
6. De votre point de vue, que faudrait-il faire, pour que les plaintes et réclamations :
 - Soient un véritable outil d'amélioration continue de l'accueil et de la prise en charge ?
 - Diminuent, pour arriver à une meilleure satisfaction de l'utilisateur ?

L'entretien touche à sa fin, vous pouvez rajouter d'autres points que nous n'aurions pas abordés au cours de cet échange, si vous le désirez.

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien, les éléments que vous avez exprimés vont contribuer à la construction de l'étude.

NB : Pour la question 2 et 3, en fonction de la personne interviewée, la question a été ajustée.

ANNEXE 2

Tableau de présentation des établissements enquêtés et des professionnels interviewés

	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
	CHU de 2500 lits	CH de 600 lits	CH de 250 lits
Directeur chargé de la relation avec l'utilisateur	1 chargé également de la communication	1	0
Directeur chargé de la qualité			1
Coordonnateur des soins	1		
Directeur des soins	1 chargé de la mission qualité		
Cadre supérieur de santé	1	1	1
Cadre de santé	2 ⁴⁶	1	1
Infirmière	1	1	1
Aide soignante	1	1	1
Représentant des usagers	1	1	1
Sous total	9	6	6
Médecin médiateur	Nous en avons également interviewé un des trois établissements		
Total	22		

⁴⁶ Un des deux CS n'entre pas dans le cadre de l'enquête selon la grille d'entretien. Il nous a rapporté une expérience relative à l'exploitation des réclamations comme levier d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Cette expérience est présentée en partie 3.