

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°3221

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 30 octobre 2024

Par Marie-Héloïse DE VILLEDON DE NAIDE, née le 18 novembre 1996 à Marseille
(13)

Analyse des plaintes et des réclamations envers le SAMU 87 de 2019 à 2023

Thèse dirigée par Docteur Dominique CAILLOCE

Examineurs :

M. le Professeur Henri Hani KARAM, PU-PH ; CHU de Limoges – Président

Mme. le Professeur Muriel MATHONNET, PU-PH ; CHU de Limoges – Juge

M. le Professeur François PARAF, PU-PH ; CHU de Limoges – Juge

M. le Docteur Dominique CAILLOCE, PH ; CHU de Limoges – Directeur de thèse

Mme. le Docteur Julie DELON, PH ; CHU de Limoges – Membre invité

M. le Docteur Vincent LEGARÇON, PH ; CHU de Limoges – Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°3221

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 30 octobre 2024

Par Marie-Héloïse DE VILLEDON DE NAIDE, née le 18 novembre 1996 à Marseille
(13)

Analyse des plaintes et des réclamations envers le SAMU 87 de 2019 à 2023

Thèse dirigée par le Docteur Dominique CAILLOCE

Examineurs :

M. le Professeur Henri Hani KARAM, PU-PH ; CHU de Limoges – Président
Mme. le Professeur Muriel MATHONNET, PU-PH ; CHU de Limoges – Juge
M. le Professeur François PARAF, PU-PH ; CHU de Limoges – Juge
M. le Docteur Dominique CAILLOCE, PH ; CHU de Limoges – Directeur de thèse
Mme. le Docteur Julie DELON, PH ; CHU de Limoges – Membre invité
M. le Docteur Vincent LEGARÇON, PH ; CHU de Limoges – Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE

BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNIER Thibault	NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany

ONCOLOGIE MEDICALE

HARDY Jérémie

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LAFON Thomas

MEDECINE D'URGENCE

« Nous ne saurons jamais tout le bien qu'un simple sourire peut être capable de faire »

Mère Teresa

Remerciements

Aux membres du Jury,

À Monsieur le Professeur Hani Karam,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances. Vous avez été une présence attentive tout au long de notre internat. Je vous suis infiniment reconnaissante pour votre dévouement, votre patience et votre bienveillance auprès de nous. Vous êtes un modèle pour vos internes.

Soyez assuré de mon admiration et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Muriel Mathonnet,

Vous me faites l'honneur de siéger parmi mes juges. Je vous remercie pour le temps que vous aurez accordé à juger ce travail. Votre parcours est inspirant.

Veillez y trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur François Paraf,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que vous avez porté au sujet.

Recevez ici le témoignage ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Dominique Cailloce,

Vous m'avez fait l'honneur de me faire confiance en me laissant travailler sur ce sujet. Je vous remercie de vous être rendu disponible à chaque fois que j'en avais besoin.

Merci pour votre investissement dans notre formation, pour la rigueur et l'expérience que vous partagez avec nous au quotidien.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances, et qu'il permettra d'améliorer nos pratiques.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Julie Delon,

Je te remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury, et d'avoir accepté ce rôle avec tant de joie. Merci pour ta disponibilité lors de mes sollicitations, ainsi que pour ton investissement dans notre formation à cet art difficile qu'est la régulation. Merci d'avoir supporté nos bêtises avec cette bonne humeur constante.

Je te prie de croire en mon respect et mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Vincent Legarçon,

Je te remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury, ainsi que pour ton aide précieuse, tes conseils avisés et les petites pichenettes bienvenues lors de ce travail. Merci pour tout le temps et l'énergie que tu déploies dans la formation des plus jeunes, pour nous amener au sommet comme tu dis si bien.

Merci d'avoir toujours répondu à mes (très légers) doutes tout au long de mon internat.

Merci pour tout ce que je n'ai pas besoin d'écrire.

Trouve ici ma profonde admiration, mon respect et mes plus sincères remerciements.

À tous ceux qui ont participé à ce travail de thèse,

Au Docteur Caly, de la coordination des vigilances et gestion des évènements indésirables,

À Adeline Buisson, merci d'avoir répondu à toutes mes demandes avec une grande efficacité,

À Madame Seine, et Madame Mounet, responsable de la relation aux usagers du CHU de Limoges,

À Olivier Massin pour son expertise juridique,

À Thomas Lafon pour son expérience universitaire,

À ma petite maman, à Félicité et à Coralie pour leur relecture,

Au service des urgences du CHU de Limoges,

Clément, merci pour ton investissement à développer ce service et à former les plus jeunes.

Au Docteur Pihan et au Docteur Bourdeau pour les connaissances transmises en simulation, en régulation ou en intervention,

À Jérôme, pour ta répartie, ton humour et la confiance que tu nous accordes ; **Mélanie**, pour tes blagues et ta bonne humeur quelque fois dissimulée ; **Thomas Brianchon** pour ces soirées karaokés ou ces mois à l'écho si formateurs ; **Fred Join**, pour ta culture générale et œnologique sans faille ; **Fred Julia** pour ton amour de l'ECG ou ta technique révolutionnaire douce dans les luxations d'épaule ; **Thomas Lafon**, pour ton énergie à essayer de nous apprendre comment devenir un peu moins mauvais et ton humour ; **Arthur**, merci pour ton investissement auprès des jeunes ; **Emilie Valantin**, ma marseillaise préférée, je n'aurais pas pu choisir meilleure compagnie pour partager ce titre. Merci pour ton amitié, et d'être la seule à aimer boire des pastis ici ; **Lucie**, merci pour tes conseils littéraires et ta gentillesse ; **Vincent Bigrat**, pour ton humour surprenant ; **Pierre**, pour nos soirées réunionnaises ; **Alexandra**, pour ces interventions toujours improbables et riches en voltige ; **Jérémy**, pour ton expérience à la simulation ; **Pauline**, pour ta bonne humeur et ta douceur ; **Marc**, pour tes conseils avisés ; **Déborah**, pour ton goût sûr et ton expérience à la régulation ; **Stéphanie**, merci pour tes conseils et le temps que tu as passé à m'apprendre la régulation ; **Emily Bennet**, pour tes anecdotes et ton anglais précieux ; **JFC**, de nous avoir initié à la protection ; **Alexandre**, pour ton humour, tes réels douteux et ton investissement dans notre formation ; **Morgan**, d'être le gars de Saint Ju et de nous faire autant rire ; **Amaury**, pour tes goûts musicaux ; **Yhalil**, pour ta gentillesse et tes prises de sang parfaites ; **Rafaela**, pour ta franchise et tes missiles en italien ; **Aloïse**, pour ta communication parfaite, et toutes ces nuits à discuter ; **Manu**, pour ton franc parler ; **Jean**, pour ta gentillesse et ta pédagogie, **Coralie**, pour ton aide à chaque fois que j'en avais besoin, ta franchise, ton humour, et toutes ces discussions ; **Lise Marie**, pour tous ces moments passés et à venir,

Aux infirmiers, aux aides-soignants, aux IADE, aux ambulanciers et aux ARM : merci de m'avoir supportée et formée tout le long de mon internat. J'ai tant appris à vos côtés. Merci pour votre aide précieuse, votre expérience et votre encadrement, durant les années passées et à venir.

Au service de polyclinique, pour m'avoir enseigné une autre approche de la médecine. Merci pour votre patience et votre accompagnement.

Au service des urgences pédiatriques, merci pour ces mois si formateurs à m'apprendre à évaluer un adulte miniature.

Au service de réanimation polyvalente, pour cette formation indispensable et si complète.

À mes co-internes de médecine d'urgence,

Antoine L, pour ton humour ; **Manon**, pour ta franchise et ces interventions musclées ; **Anne**, pour ton encadrement durant nos premiers pas à Guéret City et ta bienveillance ; **Anaëlle**, pour ton énergie dans la formation des plus jeunes et ces heures à discuter ; **Vincent**, pour tes bêtises et de nous faire autant rire tous les jours ; **Pierrick**, d'avoir été un peu mon modèle sur ce coup-là. **Charles et Cyril**, merci pour votre gentillesse.

Antoine Bonal, un sportif hors catégorie pour faire la fête jusqu'au bout de la night, merci d'avoir été à mes côtés durant cet internat et toutes ces soirées. Merci pour ton amitié et ton soutien,

Domitille, pour ta gentillesse et ta douceur,

Léa, pour ton humour et tes talents culinaires, et d'être un divertissement à toi toute seule qui a égayé nos journées de SMUR,

Simon, merci de me faire tant rire, et d'être un ami fidèle,

Quentin, merci pour ta gentillesse, ton flegme, ton soutien, ton humour douteux, et ton accent chantant. J'ai eu de la chance de commencer à tes côtés, et de finir avec toi, même si comme on nous l'a si bien dit notre premier jour d'internat : on n'en fera pas des têtes d'affiche mais peut-être des urgentistes corrects.

Faustine, Manon, pour votre gentillesse, je suis contente de débiter ce DJ à vos côtés,

Florence, Mélanie, Charlotte, pour votre gentillesse et les bons moments à venir,

Imen, tu es une personne incroyable et une jolie découverte. Merci pour les cinés ratés et à venir, et de nous supporter dans nos soirées tardives.

Swann, c'est toujours un plaisir de travailler avec toi et de te voir en dehors. Merci pour ta franchise, et ta force.

Axel, merci pour tous les moments passés et à venir, tu es un gars en or ne l'oublie pas,

À mes professeurs du Conservatoire, merci de m'avoir appris la rigueur du travail et l'expression des sentiments.

À tous mes professeurs et chefs de médecine, merci de m'avoir montré mille façons d'être un médecin pour que je puisse devenir celui que je souhaite.

A mes proches,

À mes copains d'internat,

Cédric, Juliette, Victor, Guillaume, Laura, Laureline, Loïc, Lucia, Sarah, Théo, Héloïse, Léa, Manon, Elora, Shawna, Audrey, Cyril, Jade, merci d'avoir fait les 400 coups avec moi durant ces semestres à l'internat et ensuite. Vous êtes une belle famille.

Elora, je suis ravie des liens qu'on a pu créer ici, c'est le début d'une longue amitié même s'il faut faire des kilomètres pour venir te voir.

Imen, il fallait partir à l'autre bout du monde pour te rencontrer mais ça en valait mille fois la peine, même si ça a failli nous coûter plusieurs fois la vie. Ne serait-ce que pour découvrir une fille encore plus drama queen que moi. Merci d'avoir été ma famille pendant cet interCHU.

Shawna, peut-être qu'on a viré alcooliques au début de l'internat mais c'était mon meilleur semestre et ça a forgé une solide amitié. Je te remercie pour ta présence et ta fidélité, à Limoges ou au milieu de l'Océan Indien.

Audrey, qui aurait pu imaginer une meilleure coloc que toi ? Je ne peux pas t'exprimer tout mon amour à travers ces quelques mots, mais tu es un petit rayon de soleil pour tous ceux qui t'entourent.

À mes copains de Marseille,

Nicolas, merci d'être là depuis tout ce temps et de me faire toujours autant rire. **Audrey,** merci de le supporter.

Inès, merci pour ton amitié fidèle, ta folie et ton énergie. Il n'y a que toi pour me suivre dans toutes ces aventures.

Bernadette, merci pour ta beauté d'âme et l'amour que tu répands autour de toi. Tu as été une présence attentive à l'autre bout du monde, merci de m'avoir accueillie dans ton foyer avec tant de simplicité.

Félicité, une meilleure amie ça ne s'échange pas. Sois assurée de mon amour et de mon admiration. Je suis si heureuse que notre amitié ait traversé les années et les différences.

À ma famille,

Véronique, Olivier, un immense merci d'avoir été mon second foyer et d'avoir été des parents si aimants avec nous. Vous avez été d'un grand soutien.

Benoit, merci pour ta présence discrète, pour tes mots justes et précieux, ton soutien auprès de nous et surtout le temps que tu m'as accordé dans mes choix d'internat. Je n'aurais jamais atterri ici et j'aurais eu beaucoup à perdre. Un grand merci.

Ma Grand-Maman, je vous remercie pour la famille que vous avez construite, votre amour si grand, et votre douceur. Je suis si fière de vous compter parmi nous en ce jour, et je suis persuadée que Grand Papa se tient à vos côtés aujourd'hui comme chaque jour pour partager ça avec vous. J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes. Je vous aime infiniment.

À mes frères et sœurs, merci d'être ma team, d'avoir surmonté la vie, je suis si fière de vous et de votre parcours. Merci de composer chaque jour avec nos personnalités, pour en faire des moments si précieux. Vous êtes mon plus beau trésor.

Jean, Lingaile, ravie de vous accueillir dans la team,

Charles-Henri, mon grand frère adoré, je ne pourrai jamais assez te remercier pour ton amour incommensurable, ta protection, ta présence constante, tes conseils justes, ton rôle de voleur de banque au Monopoly et tes prêts à taux zéro. Merci pour les fous rires, les bêtises, les premières sorties d'adulte, pour la vie entière. Je t'aime infiniment.

Bathilde, ma première coloc, ma petite sœur au sens aigü de la mode, je ne t'ai pas offert les années les plus drôles à mes côtés en médecine. Merci d'accorder nos deux caractères. Je suis si fière de la femme forte que tu es devenue. Je t'aime infiniment.

Gersende, l'infirmière la plus rigolote et la femme la plus douce que je connaisse. J'admire ta force, tu es une personne incroyable et un petit soleil qui rayonne auprès de ton entourage. Ne cesse jamais de briller. Je t'aime infiniment.

Alzaïs, mon petit génie, merci d'avoir grandi si vite pour suivre la danse, d'avoir supporté tout ça sans jamais te plaindre, de nous éclairer de ta science au quotidien. Je ne me fais aucun souci pour la voie que tu choisiras. Merci pour toutes tes surprises attentionnées et ton humour sans faille. Je t'aime infiniment.

À ma petite Maman, je vous suis tellement reconnaissante de nous avoir offert cette vie. Merci pour tous vos sacrifices, votre force, votre courage, votre énergie à surmonter les montagnes, et votre amour infini. Je vous aime et vous admire bien plus que je ne pourrai jamais l'écrire. Merci d'être un modèle incroyable pour vos enfants, si on en est là aujourd'hui c'est grâce à vous et soyez assurée que nous passerons le reste de notre vie à prendre soin de vous et à vous dire merci.

Enfin, **merci à tous mes patients** pour votre indulgence, merci d'avoir supporté mes maladresses, mes erreurs, mes mauvaises journées, mon absence de patience en pré prandial. C'est grâce à vous qu'on apprend tant, et on reçoit bien plus à vous soigner que ce que l'on peut donner.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AIPP : Atteinte à l'intégrité physique et psychique
ANTARES : Application nationale des transmissions aux risques et aux secours
AMU : Aide médicale urgente
AP : Ambulance privée
ARM : Assistant de régulation médicale
ARS : Agence régionale de santé
CAA : Cour administrative d'appel
CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation
CDU : Commission des usagers
CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique
CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence
CFARM : Centre de formation d'assistants de régulation médicale
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CODIS : Centre opérationnels départementaux d'incendie et de secours
CRAA : Centre de réception et de régulation des appels
CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CREX : Comité de retour d'expérience
CRU : Commission relation des usagers
CSP : Code de la santé publique
DEA : Diplôme d'état d'ambulancier
DES : Diplôme d'étude spécialisée
DMC : Durée moyenne de communication
DOM : Département d'outre-mer
DR : Dossier de régulation
DRM : Dossier de régulation médicale
ECG : Électrocardiogramme
EI : Effet indésirable
EIAS : Effet indésirable associé aux soins
EIG : Effet indésirable grave
EIGS : Effet indésirable grave associé aux soins
GRIMP : Groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux

HAS : Haute autorité de santé
HPST : Hôpital patient santé territoire
IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état
IDE : Infirmier diplômé d'état
MACSF : Mutuelle d'assurance du corps de santé français
MG : médecin généraliste
MR : Médecin régulateur
MRG : Médecin régulateur généraliste
MRL : Médecin régulateur libéral
MRU : Médecin régulateur urgentiste
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux
ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité civile
PDS : Permanence des soins
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
QS : Qualité de service
RMM : Revue de morbidité et de mortalité
RU : Relation des usagers
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAS : Service d'accès aux soins
SCA ST + : Syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SFMU : Société française de médecine d'urgence
SHAM : Société hospitalière d'assurance mutuelle
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation
TA : Taux d'accueil
TC : Taux de charge
UMH : Unité mobile hospitalière
VSAV : Véhicule de secours aux asphyxiés et victimes

Table des matières

Introduction.....	29
I. Organisation de l'aide médicale d'urgence	31
I.1. Rappels historiques	31
I.2. Aspects législatifs	32
I.3. Les missions des Services d'Aide Médicale Urgente	33
I.3.1. La régulation médicale	33
I.3.2. La coordination des moyens	33
I.3.3. Les missions d'éducation sanitaire	33
II. Fonctionnement d'un CRAA.....	34
II.1. Le SAMU et la régulation médicale	34
II.1.1. Principe de la régulation médicale	34
II.1.2. Les acteurs de la régulation médicale	35
II.1.2.1. Les assistants de régulation médicale.....	35
II.1.2.1.1. Prise d'appel par l'ARM	35
II.1.2.1.2. Postes effectués	36
II.1.2.2. Le médecin régulateur urgentiste	37
II.1.2.3. Le médecin régulateur généraliste	37
II.1.3. Les moyens d'aide à la régulation	38
II.1.3.1. Le dossier de régulation médicale.....	39
II.1.3.2. Le logiciel informatique.....	40
II.1.3.3. L'enregistrement sonore des communications	41
II.1.4. Les moyens de réponse à la régulation médicale.....	41
II.1.4.1. Les différents acteurs	41
II.1.5. Évaluation et gestion des risques en régulation médicale au SAMU.....	42
II.1.5.1. Gestion des risques.....	42
II.1.5.2. Perspective d'évaluation des risques	42
II.1.5.2.1. Déclaration des évènements indésirables associés aux soins	42
II.1.5.2.2. Gestion des EIG au SAMU 87	43
II.1.5.2.2.1. Procédure interne d'identification d'un EIG	43
II.1.5.2.2.2. Déclaration d'un EIG à l'ARS	43
II.1.5.3. Critères de démarche qualité	44
II.1.5.4. Les indicateurs de performance quantitative.....	44
II.1.5.4.1. Les indicateurs de qualité de service.....	44
II.1.5.4.2. Les indicateurs organisationnels.....	45
II.2. Le Centre 15	45
II.3. Le service d'accès aux soins	45
II.4. L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) ou Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).....	46
II.4.1. Le personnel	46
II.4.2. Les moyens matériels	47
II.4.3. Les types d'interventions réalisées	47
II.4.3.1. Le transport primaire	47
II.4.3.2. Le transport secondaire.....	47
II.5. Le SAMU 87 du CHU de Limoges	48
II.5.1. Les locaux	48

II.5.2. Les moyens d'interventions	48
II.5.3. Le personnel du SAMU 87 du CHU de Limoges :	49
II.5.4. Les antennes SMUR du SAMU 87	49
II.5.5. Les moyens de communication	50
II.5.6. Le Centre 15	50
III. La responsabilité du médecin régulateur	51
III.1. Principes communs à tous régimes de responsabilité.....	51
III.2. Historique de la responsabilité médicale	51
III.3. Les différents types de responsabilité	52
III.3.1. La responsabilité administrative.....	52
III.3.2. La responsabilité civile.....	53
III.3.2.1. Responsabilité délictuelle.....	53
III.3.2.2. La responsabilité contractuelle.....	53
III.3.2.3. La responsabilité médicale autonome.....	54
III.3.3. La responsabilité pénale	55
III.3.3.1. Définition.....	55
III.3.3.2. Juridictions.....	55
III.3.3.3. Sanctions encourues.....	56
III.3.4. La responsabilité disciplinaire	56
III.3.4.1. Une juridiction ordinale.....	56
III.3.4.2. Procédure disciplinaire	56
III.3.4.3. Sanctions encourus.....	57
IV. Responsabilités de l'ARM.....	58
V. Les recours à disposition de l'utilisateur.....	59
V.1. La réclamation.....	59
V.2. La demande de réparation	60
V.2.1. La voie amiable	60
V.2.1.1. Demande de réparation adressée à l'établissement de soin	60
V.2.1.2. Le recours à la commission de conciliation et d'indemnisation.....	60
V.2.1.2.1. Composition de la CCI.....	61
V.2.1.3. Les missions de la CCI	61
V.2.1.4. Les procédures réalisables auprès des CCI	61
V.2.1.4.1. La procédure de conciliation.....	62
V.2.1.4.2. La procédure d'indemnisation	62
V.2.2. La voie contentieuse.....	62
V.2.2.1. Réclamation devant le juge administratif	62
VI. Revue des dossiers de réclamations et de plaintes impliquant le SAMU 87 de 2019 à 2023	64
VI.1. Matériel et méthode.....	64
VI.1.1. Matériel.....	64
VI.1.1.1. Critères d'inclusion.....	64
VI.1.1.1.1. Les dossiers de réclamations simples.....	64
VI.1.1.1.2. Les dossiers de plainte.....	65
VI.1.1.2. Critères d'exclusion.....	65
VI.2. Méthodes.....	66
VI.2.1. Méthode d'étude des réclamations.....	66
VI.2.1.1. Recueil des informations concernant l'appel téléphonique.....	66

VI.2.1.2. Recueil des informations sur la nature du mécontentement.....	67
VI.2.2. Méthode d'étude des plaintes.....	67
VI.3. Résultats	68
VI.3.1. Dossiers retenus pour l'étude.....	68
VI.3.2. Répartition des dossiers de réclamation et de plainte.....	68
VI.3.2.1. Répartition selon l'heure et le jour de la semaine	70
VI.3.2.2. Répartition selon le nombre d'appels et de régulateurs impliqués.....	70
VI.3.2.3. Répartition selon le mode de régulation.....	71
VI.3.2.4. Répartition selon le motif d'appel	71
VI.3.2.5. Répartition selon l'effecteur engagé.....	71
VI.3.2.6. Mortalité à 7 jours.....	72
VI.3.2.7. Caractéristiques des dossiers inclus.....	72
VI.3.3. Dossiers avec réclamation simple	73
VI.3.3.1. Population générale	73
VI.3.3.2. Répartition selon l'heure	73
VI.3.3.3. Répartition selon le mode de régulation.....	73
VI.3.3.4. Répartition selon le motif d'appel	73
VI.3.3.5. Répartition selon l'effecteur engagé.....	73
VI.3.3.6. Répartition selon le motif de mécontentement.....	74
VI.3.3.7. Répartition selon le service d'hospitalisation final et mortalité à J7	75
VI.3.4. Dossiers de plainte	76
VI.3.4.1. Population générale	76
VI.3.4.2. Répartition selon le mode de régulation.....	76
VI.3.4.3. Répartition selon l'heure de l'appel.....	76
VI.3.4.4. Répartition selon le nombre d'appel pour un même DRM	76
VI.3.4.5. Répartition selon le motif d'appel	77
VI.3.4.6. Répartition selon l'effecteur engagé.....	77
VI.3.4.7. Caractéristiques des dossiers de plainte	78
VI.3.4.8. Répartition selon leur motif de mécontentement.....	79
VI.3.4.9. Répartition selon le service d'hospitalisation final et la mortalité à J7	79
VI.3.5. Caractéristique des dossiers selon leur type de régulation	80
VI.3.5.1. Population générale	80
VI.3.5.2. Répartition selon le nombre d'appel.....	80
VI.3.5.3. Répartition selon le motif d'appel	80
VI.3.5.4. Répartition selon l'effecteur engagé.....	80
VI.3.5.5. Répartition selon le motif de mécontentement.....	81
VI.3.5.6. Mortalité à J7.....	81
VI.3.5.7. Synthèse	82
VII. Discussion.....	83
VII.1. Limites de l'étude	87
VII.1.1. Limites de la méthode	87
VII.1.2. Limites des résultats.....	87
VII.2. Perspectives.....	87
Conclusion.....	88
Références bibliographiques.....	89
Annexes	91
Serment d'Hippocrate.....	96

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des plaintes et des réclamations par âge et sexe des patients concernés de 2019 à 2023.....	70
--	----

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des dossiers archivés au SAMU 87 de 2019 à 2023.....	68
Tableau 2 : Répartition des dossiers inclus dans l'étude	69
Tableau 3 : Incidence des plaintes et des réclamations sur la période de l'étude	69
Tableau 4: Caractéristiques des dossiers inclus dans l'étude.....	72
Tableau 5 : Caractéristiques des dossiers ayant mené à une réclamation simple	74
Tableau 6 : Motif de mécontentement des dossiers avec réclamation simple	75
Tableau 7 : Devenir des patients avec réclamation simple adressés vers un centre hospitalier	76
Tableau 8 : Caractéristiques des dossiers de plainte.....	78
Tableau 9 : Motif de mécontentement des dossiers ayant fait l'objet d'une plainte	79
Tableau 10 : Devenir des patients adressés vers un centre hospitalier et dont le dossier a fait l'objet d'une plainte.....	80
Tableau 11 : Caractéristique des dossiers selon leur type de régulation.....	82

Introduction

La médecine pré hospitalière en France s'organise autour de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) dont les missions sont définies par le code de la santé publique comme le fait « *d'assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état* » (Article L-6311-1 du code de la santé publique)(1).

Elle s'est construite par l'apparition progressive des équipes mobiles d'urgence et de réanimation, réparties sur l'ensemble du territoire dans une volonté d'accès aux soins égalitaire au niveau de la population. Ces équipes sont coordonnées par le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et par la régulation médicale, pivot de cette organisation. Le médecin régulateur doit effectuer à distance un interrogatoire médical rapide et complet afin d'établir une ou plusieurs hypothèses diagnostiques qui permettront de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse la mieux adaptée à chaque situation.

La demande d'accès au soin a connu une forte croissance ces dernières décennies, due à l'allongement de l'espérance de vie et à la recrudescence de maladies chroniques. En parallèle, le nombre de médecins généralistes a diminué. Ainsi, la patientèle a tendance à se tourner vers d'autres acteurs du système de santé comme le SAMU/SAS/Centre 15 pour obtenir des réponses.

Devant l'augmentation des besoins, il existe depuis 2002 une participation des médecins généralistes à la régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins. (2)

La relation de confiance entre le médecin et son patient a également évolué. L'approche paternaliste a laissé la place à une relation contractuelle, dans laquelle le médecin a une obligation de moyen, et le patient n'admet plus l'échec du médecin.

Ainsi, le nombre de plaintes et de réclamations ont considérablement augmenté ces dernières années. La SHAM (principal assureur des hôpitaux publics) indiquait dans un rapport que les préjudices corporels avaient augmenté de 5% par an entre 1999 et 2003. La MACSF rapportait un doublement en dix ans du nombre de praticiens ayant fait l'objet d'une réclamation (de 3% en 1990 à 6% en 2000). (3)

L'activité du SAMU/SAS/Centre 15 s'est fortement développée ces dernières années. En 2019, plus de 30 millions d'appels ont été traités par les équipes en France (4). Le nombre croissant d'appels et le type d'exercice particulier qu'est la régulation médicale augmentent les situations à risque d'erreur. Les dossiers portés devant la justice pointant des erreurs humaines dans la prise en charge médicale des patients sont souvent des affaires dramatiques ayant un fort impact sur l'opinion publique.

Les appels enregistrés lors de la régulation médicale permettent la diffusion des bandes auprès du grand public et leur écoute lors des procès. Ainsi, en 2017, une plainte avait été émise à l'encontre du médecin régulateur ainsi que du CHU de Grenoble à la suite de la mauvaise évaluation du médecin au téléphone qui avait abouti à l'amputation d'un jeune patient de 20 ans. Le ton nonchalant du médecin lui avait également été reproché, et des articles avec la retranscription des bandes avaient été publiés dans la presse. (5)

Cependant, certaines affaires ont contribué à changer les pratiques, et mettre en place des gardes-fous afin d'éviter des nouvelles erreurs. En effet, à la suite de l'affaire liée au SAMU de Strasbourg en 2017 avec le décès de la patiente (6), une analyse de la régulation médicale

en France a été réalisée, et une formation d'un an aboutissant au diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM) avait été créé.(7)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a ensuite mis en place des guides pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des SAMU, avec des recommandations sur la déclaration des Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS). (8) De plus, elle a intégré le SAMU et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) dans le dispositif de certification des établissements de santé pour la qualité des soins. (9)

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les plaintes et les réclamations reçues par le SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges, au cours des cinq dernières années, les facteurs favorisants, leurs conséquences, ainsi que les moyens mis en œuvre pour éviter leur récurrence.

I. Organisation de l'aide médicale d'urgence

I.1. Rappels historiques

La médecine d'urgence a vu le jour dans l'Antiquité, au IV^e siècle avant Jésus Christ. Hippocrate définit ainsi la notion d'urgence dans son Traité des maladies « *Il ne suffit pas d'intervenir un peu après, la plupart a succombé. Un secours qui est utile est un secours donné à un temps* ». (10) et « *il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera le malade pour avoir su en profiter* ». (11)

Au VI^e siècle, l'empereur Mauricius créait un corps de cavaliers infirmiers, les *despotatoi*, chargés de l'évacuation des blessés des champs de bataille. La médecine d'urgence s'est ensuite perfectionnée au fil des guerres par l'évacuation des blessés des champs de bataille et leur prise en charge rapide qui avait également pour but de les réinstaurer rapidement sur le terrain. (10)

Le Docteur Larrey exerçant lors des campagnes napoléoniennes de Russie crée les premières ambulances volantes en 1792, chargées d'amener les secours au plus près des blessés afin de leur prodiguer les premiers soins avant de les transporter à l'hôpital dans un second temps. (12)

Quelques années plus tard, le chirurgien militaire Jean-François Percy invente le concept d'ambulance médicalisée en plaçant un médecin installé sur un coffre comportant le matériel médical.

Les premières ambulances hippomobiles voient le jour à Paris en 1881, sous l'impulsion du Dr Henri Nachtel et de Victor Hugo. Elles sont médicalisées par des internes de l'Hôtel Dieu, pour le transport des blessés de la voie publique et des malades atteints de variole, sur six arrondissements et reliés par des alertes au moyen d'un télégraphe. C'est le Service des Ambulances Municipales, ancêtre du SMUR. (13)

En 1956 en France, le Professeur Cara crée les premières équipes mobiles de réanimation françaises pour assurer les transferts intra hospitaliers des patients atteints de paralysie respiratoire dans un contexte d'épidémie de poliomyélite.

Le décret de 1959 met au point l'organisation des secours par des équipes médicales aux victimes d'accident de la route de plus en plus fréquents, avec un pic de mortalité à 17 000 morts en 1972. (14)

L'apport de cet « hôpital hors des murs » amène le Professeur Lareng, anesthésiste réanimateur au CHU de Toulouse à proposer en 1965 le premier projet de SMUR composé d'un infirmier et d'un médecin.

I.2. Aspects législatifs

Le décret interministériel du 2 décembre 1965 indique la nécessité pour les centres hospitaliers de disposer de moyens mobiles de secours. (15)

La notion de réception centralisée des appels et de régulation médicale naît en 1968 avec l'apparition des SAMU, afin de coordonner l'activité des SMUR.

Le sigle SAMU apparaît pour la première fois dans la circulaire du 19 juillet 1972.

La circulaire du 5 février 1976 relative à la création des SAMU définit leur existence, ainsi que leurs missions.

Initialement, ces centres d'appels ne sont pas destinés au public mais le deviennent le 6 février 1979, avec la création par la ministre de la santé Simone Veil, des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRAA) ou « centre 15 » départementaux. Ils sont accessibles via un numéro unique, le 15, complémentaire aux autres numéros existants (17 pour la police, 18 pour les pompiers).

Le décret du 17 avril 1980 consiste en une réactualisation du décret de 1965.

La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'AMU et aux transports sanitaires (16) fixe le cadre de l'aide médicale d'urgence et fait l'objet de quatre décrets d'application :

- Le décret du 30 novembre 1987 (17) concerne la composition d'un comité d'aide médicale urgente dans chaque département sous la haute responsabilité du préfet, Commissaire de la République.
- Le décret du 16 décembre 1987 (18) précise les missions et l'organisation des comités participant au service d'aide médicale d'urgence, notamment des « centre 15 »
- Le troisième et le quatrième décrets sont relatifs aux transports sanitaires ainsi qu'aux modalités de prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie.

La permanence des soins ambulatoires, définie comme une mission de service public consistant à offrir un accès aux soins à l'ensemble des citoyens de manière équitable sur le territoire, apparaît en 2003 au décours des grèves des médecins généralistes libéraux de 2001-2002. Depuis le décret du 15 septembre 2003 (article 732), (19) « *l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU ou des centres d'appels interconnectés avec le SAMU /SAS/Centre 15* ».

La loi HPST de 2009 modifie la législation concernant l'AMU. Elle précise notamment que la responsabilité du médecin régulateur libéral exerçant au centre d'un CRAA est couverte par le régime administratif s'appliquant aux agents d'établissement public. (article L.6314-2) (20)

I.3. Les missions des Services d'Aide Médicale Urgente

Le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 (18) précise dans les articles 2 à 11 les missions et l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente. Les SAMU/SAS/Centre 15 sont rattachés aux établissements hospitaliers. Ils comportent chacun un CRAA.

I.3.1. La régulation médicale

Les SAMU/SAS/Centre 15 ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence (article 2). (18)

Ils assurent une écoute médicale permanente (article 3) (18), afin de déterminer et de déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la plus adaptée à la nature des appels. Les Centre 15 garantissent un accès immédiat aux soins d'urgence à la population via le numéro unique 15, et permettent la participation des médecins libéraux au dispositif d'aide médicale urgente. Leur participation est définie par convention (article 11) (18).

Ils doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés destinés au patient, tout en lui laissant son libre arbitre, préparer son accueil et organiser son transport. Enfin, le SAMU/SAS/Centre 15 a pour mission de veiller à l'admission du patient.

I.3.2. La coordination des moyens

Les SAMU peuvent joindre leurs moyens aux services d'incendie et de secours quand cela est nécessaire.

Ils participent à la mise en œuvre des plans ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile) et des plans d'urgence (article 4) (18) prévus dans les textes, et peuvent participer à la couverture médicale de grands rassemblements (manifestation sportives et culturelles) (article 5) (18).

I.3.3. Les missions d'éducation sanitaire

Les SAMU jouent un rôle d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche (article 6) (18). Ils participent à la formation continue des professions médicales et paramédicales, ainsi qu'aux professions de transports sanitaires, et aux secouristes via le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)

II. Fonctionnement d'un CRAA

Le SAMU/SAS/Centre 15 est un système d'écoute permanent joignable via un numéro unique. Il fonctionne par département, et sa mission est d'envoyer des moyens de secours adaptés à la nature de l'appel, et de la coordination des secours. Le SMUR est un des moyens de secours à disposition du SAMU/SAS/Centre 15. Il se compose d'une équipe médicale et paramédicale avec tout le matériel de réanimation à leur disposition.

II.1. Le SAMU et la régulation médicale

Le SAMU est un service hospitalier à vocation départementale. Il s'agit d'une mission de service public.

Au sein de chaque SAMU se situe un CRAA, qui reçoit les appels de tout le département sur le numéro unique et gratuit 15, disponible par tout téléphone fixe ou smartphone, même en l'absence de forfait téléphonique.

Les sourds, les malentendants et les personnes se trouvant dans l'incapacité de parler peuvent envoyer un SMS au 114 pour échanger par écrit.

Il y a 105 SAMU en France en 2024 qui ont sous leur autorité un ou plusieurs SMUR.

II.1.1. Principe de la régulation médicale

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur, en réponse à une demande concernant un patient se trouvant à distance en situation d'urgence.

Pour chaque appel au 15, un assistant de régulation médicale (ARM) répond à l'interlocuteur. Il note les coordonnées de l'appelant ainsi que la nature de l'appel et les premiers éléments, et dirige l'appel vers le médecin régulateur généraliste (MRG) ou le médecin urgentiste (MRU) en fonction du motif de l'appel. Le médecin conduit ensuite un interrogatoire rapide et formule des hypothèses diagnostiques, afin d'apporter une réponse adaptée à la demande. La nature des réponses est variée en fonction de la gravité de la situation (Envoi d'une équipe SMUR, transport non médicalisé, visite du médecin généraliste, conseil médical).

La régulation est un service public, pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente et de la permanence et de la continuité des soins en médecine ambulatoire.

Elle a une double finalité : une finalité individuelle qui est d'apporter le meilleur soin au patient mais également une finalité communautaire, car elle joue un rôle de coordinateur des différents intervenants, et d'optimisation des ressources. Cette finalité est rappelée dans le code de déontologie médicale (article 8) (21) : « *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.* »

C'est un art difficile et une mesure délicate entre l'intérêt communautaire qui consisterait à garder les ressources disponibles pour le bien commun et l'intérêt du patient qui nécessite l'emploi des ressources. (22)

Le code pénal indique l'obligation de porter secours, et place au premier plan la finalité individuelle de la régulation médicale. Une attitude trop restrictive dans l'envoi de moyens lourds est à l'origine de nombreux échecs dramatiques de régulation médicale, et a souvent un fort impact émotionnel auprès du grand public.

La régulation médicale, comme tout acte médical, doit avant tout être un acte à finalité individuelle avec un effet secondaire communautaire.

Elle doit également garantir l'égalité en termes d'accessibilité aux soins, comme indiqué dans le code de la santé publique (article L. 1110-3) (23) « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès aux soins* ». Ainsi, le médecin régulateur doit agir en conséquence des inégalités d'offre médicale de soins sur le territoire.

II.1.2. Les acteurs de la régulation médicale

II.1.2.1. Les assistants de régulation médicale

Leur mission est de recueillir les appels téléphoniques à destination des services d'accès aux soins (SAS). (24)

Les ARM sont reconnus depuis le décret du 21 septembre 1990 (25) comme personnel de la fonction publique hospitalière et il existe depuis 2019 une formation obligatoire pour exercer la profession d'assistant de régulation médicale (CFARM), celle-ci dure un an, associant stages théoriques et pratiques. (26)

Ils travaillent en équipe et sous la responsabilité du médecin régulateur. Ils sont soumis au secret professionnel.

II.1.2.1.1. Prise d'appel par l'ARM

Ils créent pour chaque appel un dossier de régulation. Le dossier de régulation devient un dossier de régulation médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation provenant d'un médecin. Tout appel reçu moins de 24 heures après l'heure de création d'un dossier de régulation est considéré comme la continuité du même dossier de régulation si son motif est en rapport avec l'évènement ayant conduit à la création du dossier initial.

Un guide d'aide à la régulation rédigé par le syndicat SAMU de France précise les étapes d'un appel téléphonique mené par un ARM. (27)

1. Présenter la structure selon les consignes du service
2. Se présenter par son nom afin d'induire une relation personnelle
3. Reformuler les informations données par un éventuel correspondant d'amont (pompiers, police)

4. Écouter les premiers mots afin d'évaluer l'état émotionnel, l'environnement, les compétences de compréhension et d'expression de l'interlocuteur
5. Identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient, en s'assurant de l'exactitude de l'adresse et des numéros de téléphone
6. Déterminer le niveau de priorité de l'appel en recueillant des signes concernant les fonctions vitales ou le mécanisme de l'évènement
7. Orienter vers le médecin régulateur hospitalier ou libéral selon le cas, dans un ordre et un délai adapté au degré d'urgence du motif d'appel
8. Synthétiser au médecin régulateur les informations recueillies
9. Conseiller en attendant la régulation médicale ou l'arrivée du professionnel, selon les consignes ou protocoles du service
10. Appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement. En cas d'urgence vraie reconnue par l'ARM, un protocole préétabli peut être mis en œuvre en informant ensuite le médecin régulateur
11. Prendre congé en informant l'interlocuteur de la durée d'attente au téléphone, en s'assurant de la réception et de la compréhension des informations délivrées.

L'interrogatoire doit être bref et précis, afin de prioriser l'appel et d'en définir son niveau d'urgence :

- P0 : Urgence vitale, déclenchement d'un SMUR réflexe (**annexe 1**) puis régulation médicale prioritaire
- P1 : régulation médicale immédiate, SMUR à la décision du médecin régulateur urgentiste
- P2 : régulation médicale différée, pouvant être mise en attente
- P3 : régulation médicale reportée, proposer à l'appelant un rendez-vous téléphonique quand la demande peut être programmée dans un intervalle de temps à définir et dès lors que le médecin régulateur est déjà en ligne

II.1.2.1.2. Postes effectués

Les ARM ont différents rôles en salle de régulation. (24)

Le « *front office* » est constitué par

- L'ARM d'accueil qui est destiné à l'accueil téléphonique des appels.
- L'ARM de gestion qui engage les moyens opérationnels et assure la coordination globale des interventions.
- L'ARM coordinateur qui est un ARM expérimenté, en retrait de l'activité qui renforce et soutient les équipes ARM et participe au traitement des situations difficiles.

Le « *back office* » est représenté par une activité asynchrone, détachée du *front office* devant être planifié. Elle se décompose en rôles opérationnels (suivi téléphonique des patients ayant bénéficié d'un conseil médical ou appels protocolés dans le cadre de DRM ciblé).

II.1.2.2. Le médecin régulateur urgentiste

Il s'agit d'un médecin hospitalier urgentiste ou anesthésiste réanimateur. Il travaille en équipe avec les ARM. Il est titulaire d'un DES de médecine d'urgence, ou d'une capacité de médecine d'urgence. Cette formation peut être complétée par des diplômes universitaires de régulation des urgences médicales. (28)

Il réalise un interrogatoire complet afin de réaliser un diagnostic précis malgré l'absence d'examen clinique. Il doit identifier le niveau d'urgence afin d'envoyer le moyen le plus adapté, tout en respectant le choix du patient.

L'acte de régulation repose sur un contrat entre le médecin et le patient, et le médecin doit s'assurer que le patient adhère à ce contrat et qu'il en comprend bien les enjeux notamment en cas de refus de soins. Il joue également un rôle de conseil sur l'attitude du patient en attendant l'arrivée des secours. Il assure le suivi du dossier jusqu'à clôture de celui-ci. Il doit s'assurer de la bonne réception des bilans aux effecteurs qu'il a envoyés.

Le médecin régulateur doit évaluer de manière rationnelle le risque auquel est confronté le patient, afin d'en déduire la réponse la plus adaptée selon les règles de bonnes pratiques professionnelles et dans la limite des ressources disponibles au moment de la prise en charge. Il doit donc prescrire l'envoi d'un SMUR dans les situations indiquées dans le guide de régulation médicale de SAMU de France, (27) et à chaque fois qu'il a un doute. Le doute doit toujours bénéficier au patient. (29)

Le médecin régulateur doit être en permanence en activité à son poste de travail, y compris la nuit. En effet, de nombreux échecs de régulation ont lieu en nuit profonde, avec une tendance à sous-évaluer la gravité de la situation et l'envoi d'un SMUR. (22)

Le nombre de médecins régulateurs cible en poste est estimé par le nombre de DRM traités. Il est recommandé que le nombre moyen de DRM traité par un médecin régulateur soit de six par heure, sans excéder un maximum ponctuel de 10 par heure.

II.1.2.3. Le médecin régulateur généraliste

Le médecin régulateur généraliste participe à la régulation médicale sur la base du volontariat. C'est un médecin généraliste en activité ou en cumul « emploi-retraite ». Leur participation à la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) est définie par convention (**annexe 2**). Il est inscrit à l'ordre des médecins et exerce dans un cabinet de médecine générale libérale depuis au moins un an.

Ils sont formés à la régulation des urgences non vitales, et prennent en charge les appels relevant de la permanence des soins, concernant des motifs relevant de la médecine générale. Ils ont la possibilité de prodiguer des conseils médicaux, d'envoyer des effecteurs médicalisés ou non (médecin de garde, SOS médecin, ambulance privée, pompiers). Dans le cas où ils perçoivent un élément de gravité non décelé lors de la prise d'appel par l'ARM, ils ont la possibilité de basculer l'appel vers le MRU.

Ils ne bénéficient pas d'une formation approfondie à la régulation médicale et aux gestes d'urgence durant leur internat. Ainsi, tout médecin souhaitant participer à la permanence des soins par le biais de la régulation médicale généraliste reçoit un enseignement succinct, par l'écoute de bandes anonymisées, et l'apprentissage du guide de régulation de SAMU de France. Ils bénéficient d'une formation continue annuelle à la régulation médicale, selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Concernant la responsabilité, le MRG régulant au sein du CRAA est couvert par le régime de responsabilité administrative qui s'applique aux agents de l'établissement, selon l'article L.6314-2 du code de la santé publique. (30)

II.1.3. Les moyens d'aide à la régulation

- Le téléphone avec plusieurs lignes de sorties spécifiques consacrées aux différents intervenants (pompiers, police, préfecture, spécialistes de l'hôpital et des hôpitaux alentours).
- Le système radio commun avec le SMUR, le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) et les forces de l'ordre.
- L'informatique pour l'envoi d'électrocardiogrammes (ECG) et autres examens complémentaires.
- Les bandes enregistrées sur toutes les entrées et les sorties des communications du SAMU. Elles sont nécessaires à la confirmation d'adresse ou de renseignements cliniques, ou bien en matière de témoin en cas de litiges.
- La liste des personnels de garde : médicaux, paramédicaux, ambulance privée.
- Le guide de SAMU de France.
- La cartographie (cartes routières, plans de villes, géolocalisation).
- L'accès au dossier médical du patient figurant dans la base de données de l'hôpital auquel est rattaché le SAMU.
- L'accès au dossier médical partagé : le dossier médical partagé est né d'une loi portant sur l'assurance maladie. Il centralise les principales informations médicales du patient (prescription, compte rendu de visite du médecin généraliste, résultats d'imagerie, compte rendu de séjour hospitaliers.). (20) D'abord inaccessible par le médecin régulateur, une loi est venue régulariser cette situation. « *Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au DMP de celle-ci* » (article L.161-36-2-2).

II.1.3.1. Le dossier de régulation médicale

Le dossier de régulation comporte toutes les informations collectées, les mesures prises et le suivi du dossier à la suite de tout appel reçu au SAMU Centre 15, qu'il soit de nature médicale, sociale, ou sanitaire. (31)

Dès lors qu'il bénéficie d'une régulation médicale, le dossier de régulation est qualifié en dossier de régulation médicale (DRM).

Tout dossier de régulation doit avoir un numéro unique d'identification généré par le logiciel, du type : DRFR15DDXAAJJJ00000

- DR : dossier de régulation
- FR : désigne le pays (FR = France)
- 15 : désigne le fait que le dossier a été pris en charge par un SAMU Centre 15
- DD : désigne le département dans lequel est situé le SAMU centre 15 qui a traité le DR
- X : lettre désignant le SAMU Centre 15 dans le cas où il y'en a plusieurs par département, ou bien le troisième chiffre d'un DOM
- AA : année durant laquelle l'appel a été créé
- JJJ : désigne le jour de l'année
- 00000 : numéro d'ordre chronologique du DR dans la journée

Tout appel reçu moins de 24 heures après la création d'un dossier de régulation et ayant le même objet pour la même personne est considéré dans la continuité du premier.

La HAS préconise qu'un dossier de régulation médicale doit comporter : (31)

- Une fiche administrative avec les renseignements du patient.
- La liste de toutes les communications portant sur le même DRM avec un appel initial clairement identifiable.
- Une fiche de régulation médicale comportant l'ensemble des observations médicales, conseils et bilans motivant les décisions prises.
- Une fiche de transport avec la nature du transport, les bilans des effecteurs, la destination du patient.
- La liste décisions prises et leur suivi.
- La procédure de clôture du dossier.
- Le nom du ou des régulateurs et de l'ARM, des effecteurs, des heures (de l'appel, de la prise de décision, de l'intervention).
- Les coordonnées du médecin traitant.

II.1.3.2. Le logiciel informatique

Depuis juillet 2023, le logiciel utilisé pour la prise des appels est EXOS. Il se définit comme une interface facilitée pour l'identification des besoins, l'engagement des secours, le suivi de la prise en charge secouriste ou médicale des patients, l'orientation, le classement et l'archivage des dossiers de régulation.

Il comporte une application facilitant la gestion du flux téléphonique, permettant de prioriser le traitement des appels selon le degré d'urgence défini par l'utilisateur. Un système de géolocalisation est intégré.

Il comporte la fonctionnalité de faire un appel vidéo via l'envoi d'un SMS au patient, véritable révolution dans l'exercice de la médecine d'urgence, notamment pour la traumatologie afin d'orienter le patient vers le centre le plus adapté à ses besoins, ou dans l'évaluation des détresses vitales en pédiatrie, où l'examen clinique prime. La vidéo permet d'avoir une approche visuelle objective, primordiale dans des situations où l'inquiétude des proches a tendance à exagérer la situation.

Les dossiers médicaux sont tous enregistrés.

Le logiciel comporte la possibilité de marquer un patient en tant que « patient remarquable », qui est un patient porteur d'une pathologie grave évolutive, ou de pathologies ou de dysfonctionnements multiples et non curables. Cette fonctionnalité permet d'identifier le malade dès la prise d'appel, afin de lui apporter les soins appropriés.

L'extension eSMUR disponible sur les téléphones professionnels permettent aux équipes sur le terrain d'avoir accès au DRM à tout moment, d'accéder au lieu de l'intervention grâce à un logiciel de navigation intégré. Il est également possible d'ajouter au dossier des photographies (ordonnances, plaies, ECG) et d'indiquer sa position au centre de régulation permettant ainsi d'avoir des données fiables et en temps réel de la position de l'équipe SMUR et du temps passé sur les lieux de l'intervention.

II.1.3.3. L'enregistrement sonore des communications

L'enregistrement des communications liées à la régulation médicale est conservé et communicable selon la législation en vigueur.

Cet enregistrement est signalé au patient par une bande annonce lors de l'appel au centre.

Cet enregistrement est couvert par le secret médical au titre de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. (32)

La HAS recommande d'enregistrer les échanges téléphoniques afin de :

- Sécuriser la saisie initiale des informations ;
- Servir de support pour la formation professionnelle continue. Dans ce contexte, l'identité du patient ainsi que tout autre élément permettant l'identification doit être occulté ;
- Alimenter la démarche qualité ;
- Analyser d'éventuels litiges ;
- Développer la recherche scientifique.

II.1.4. Les moyens de réponse à la régulation médicale

II.1.4.1. Les différents acteurs

- Le SMUR est engagé en cas de détresse grave. Il peut assurer deux types d'interventions : des interventions dites primaires (premier intervenant sur les lieux) ou secondaires en cas de transfert inter hôpitaux qui nécessitent cependant la présence d'un médecin spécialisé pour la prise en charge et la surveillance du patient. Il intervient parfois avec l'aide de l'expertise d'une sage-femme ou d'un pédiatre.

- Les sapeurs-pompiers : ils sont envoyés sur des interventions qui ont lieu sur la voie publique, quand le régulateur estime qu'un geste médical n'est pas nécessaire. Ils peuvent également être engagés chez des particuliers si l'accès y est difficile (avec parfois intervention du groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux ou GRIMP), si une ouverture de porte est nécessaire, ou bien en cas de nécessité d'une équipe plus complète que celle présente dans les ambulances privées (patient obèse, agitation). Le contact radio ou téléphonique est permanent et obligatoire avec le SAMU. Ils peuvent également intervenir par véhicules légers comprenant un infirmier ou un médecin pompier permettant d'intervenir en amont du SAMU.

- Les ambulances privées (AP) : elles sont engagées lorsqu'il s'agit d'une intervention à domicile sans médicalisation a priori nécessaire. Le contact radio ou téléphonique est également permanent et obligatoire.

- Autres équipes de secourisme : Croix rouge, protection civile...

- Police, gendarmerie : en association avec les pompiers pour la sécurité sur la voie publique

- Le médecin traitant ou le médecin de garde, qui sera contacté par le régulateur du SAMU ou du Centre 15 face à une urgence jugée non vitale.
- Le médecin correspondant SAMU : c'est un médecin généraliste formé à l'urgence, qui intervient en général en amont d'une équipe SMUR, notamment dans des territoires vastes, où le délai d'intervention du SAMU dépasse les 30 minutes. (33)
- SOS médecin : leurs équipes sont impliquées dans la permanence des soins par des visites au domicile de patients ou des consultations non programmées en cabinet médical.
- Centre anti-poison : il traite les appels concernant les intoxications non sévères, oriente les patients vers des structures hospitalières si besoin et assure un suivi des dossiers.
- Les cellules d'urgence médico psychologiques ou CUMP en cas d'évènement collectifs à fort impact psychologique.

II.1.5. Évaluation et gestion des risques en régulation médicale au SAMU

L'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins au sein du SAMU a fait l'objet de nombreuses recommandations ces dernières années à la suite de l'affaire de Strasbourg.

Un guide méthodologique publié en 2020 par la HAS reprend les principaux axes d'amélioration. (31)

II.1.5.1. Gestion des risques

Chaque SAMU doit disposer d'une procédure de fonctionnement dégradée en cas de panne du réseau téléphonique. Il est notamment recommandé une bascule des appels téléphoniques via un SAMU voisin.

II.1.5.2. Perspective d'évaluation des risques

La HAS a réalisé un état des lieux des évènements indésirables graves associés aux soins (EIAS) (34) déclarés concernant les SAMU SMUR sur une période allant de mars 2017 à juin 2019, laquelle avait recensé 36 effets indésirables graves (EIG) dont 16 impliquaient la régulation médicale. Malgré une sous déclaration importante, cette démarche est précieuse afin d'éviter la récurrence et d'analyser les facteurs ayant pu favoriser leur survenue.

II.1.5.2.1. Déclaration des évènements indésirables associés aux soins

La déclaration des évènements fait partie de la gestion des risques et de l'évaluation de la démarche qualité. L'identification des EIG est un élément indispensable afin d'éviter leur récurrence.

La HAS définit un EIAS comme « *un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est*

consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes de soins et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ». (35)

Un EIAS est considéré comme grave s'il entraîne un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès. Les professionnels de santé ont pour obligation de déclarer ces évènements.

II.1.5.2.2. Gestion des EIG au SAMU 87

II.1.5.2.2.1. Procédure interne d'identification d'un EIG

L'identification d'un EIG se fait à l'appréciation du médecin acteur du dossier, ou bien lors d'une relecture au staff du matin s'il y a eu envoi d'un SMUR ou encore à la suite d'une plainte ou réclamation.

Le logiciel EXOS permet la déclaration d'un EIG ou d'un dossier pour étude au niveau interne, par l'envoi d'un mail au chef de service, à son adjoint ainsi qu'au médecin responsable des revues de mortalité et morbidité (RMM). Le mail rédigé par le logiciel EXOS contient alors le nom du médecin étant à l'origine de l'identification de l'évènement, quelques renseignements sur son contenu, la référence du dossier ainsi que sa qualification en EIG.

Le dossier est ensuite analysé au sein du SAMU, et une RMM est ensuite organisée.

Au terme de l'analyse de l'EIG, il peut être décidé d'en faire une déclaration auprès de l'ARS.

II.1.5.2.2.2. Déclaration d'un EIG à l'ARS

Les EIG sont déclarés à l'ARS via le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables. Une cellule composée du directeur en charge de la qualité gestion des risques, du coordonnateur général des soins, du médecin coordonnateur des risques associés aux soins et du médecin coordonnateur des vigilances statue sur la qualification de l'évènement indésirable et indique à la Direction Générale sa volonté de le déclarer à l'ARS.

Dans cette déclaration figure :

- La nature de l'évènement et les circonstances de sa survenue.
- L'énoncé des premières mesures prises au bénéfice du patient et afin d'éviter sa récurrence.
- Une traçabilité de l'information du patient ou de ses ayants droits.

Le médecin responsable, le cadre de santé du service concerné, le chef de pôle, le cadre de pôle sont informés de la déclaration.

L'équipe concernée par l'EIG doit ensuite mettre en place une revue de morbidité mortalité (RMM) examinant les causes ayant favorisé la survenue de l'évènement, un comité de retour d'expérience (CREX) issu de cette analyse, et un plan d'action correctrice. La cellule qualité-gestion des risques doit transmettre ces éléments à l'ARS dans un délai de 3 mois.

II.1.5.3. Critères de démarche qualité

Ils mesurent le service rendu au patient. Il existe quarante pistes éditées par la SFMU afin d'évaluer la démarche qualité en régulation médicale, dont l'existence d'un document par SAMU définissant les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants, les normes concernant la salle de régulation, l'existence de procédures dégradées.

Les protocoles de régulation sont là pour guider l'assistant de régulation et le médecin et éviter les erreurs. Les protocoles essentiels figurent dans le guide de régulation de SAMU de France, et chaque centre est libre d'en créer au sein de son SAMU/SAS/Centre 15. (27)

II.1.5.4. Les indicateurs de performance quantitative

Ils reposent sur différents types :

- Les indicateurs de qualité de service : taux d'accueil (TA) ; qualité de service (QS).
- Les indicateurs organisationnels : taux de charge (TC), durée moyenne en communication (DMC), productivité.

II.1.5.4.1. Les indicateurs de qualité de service

- Le taux d'accueil est la capacité du centre d'appel à traiter les appels qui lui sont destinés. Il est calculé par le rapport entre le nombre d'appels répondus et le nombre d'appels distribués après soustraction du nombre d'appels perdus avant les 15 secondes.

Les recommandations indiquent que plus de 99% des appels parvenant à un SAMU Centre 15 doivent être décrochés. Cela correspond à un taux de blocage « *blockage rate* » maximum d'un pour cent.

- La qualité de service correspond à la proportion d'appels décrochés en un temps donné. Un QS à 60 seconde supérieur à 99% pour les appels entrants est recommandé.

L'analyse des indicateurs qualité en 2023 au SAMU 87 rapporte un QS 60 à 94 % et un taux de décroché à 98 %.

II.1.5.4.2. Les indicateurs organisationnels

- Le taux de charge (TC) est le reflet de l'occupation téléphonique des agents en salle de régulation médicale. Il correspond au rapport entre le temps passé en communication et le temps logué au système de téléphonie. Il doit être entre 20 et 40%.
- La durée moyenne de communication (DMC), exprimée en secondes, est le rapport entre le temps en communication et le nombre d'appels. Elle doit être de 95%.
- La productivité est le nombre d'appels entrants et sortants traités par heure par un agent.

II.2. Le Centre 15

Créé par la circulaire interministérielle de 1979, il a pour vocation de compléter l'accès aux soins d'urgence par la population générale, au même titre que la permanence des soins ambulatoire.

C'est une mission de service public, assurée par des médecins sur la base du volontariat durant les heures de fermeture des cabinets libéraux.

Cette activité est assurée par des médecins généralistes dans le cadre d'une convention avec les Caisses d'assurance maladie, rappelé dans l'article 11 du décret du 16 décembre 1987 (36). « *La participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale d'urgence est déterminée par convention* ».

Le médecin régulateur généraliste prend en charge les situations relevant de la médecine de ville, ou les situations sans critères de gravité, ou de détresse immédiate. Il envoie les moyens les plus adaptés à la situation régulée, un conseil médical, une visite au domicile d'un médecin généraliste ou une orientation en consultation chez un médecin, ou un moyen de transport non médicalisé afin d'être acheminé vers les urgences.

Son activité est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de l'établissement public, comme rappelé dans la loi hôpital patient santé territoire (loi HPST) de 2009 (article L.6314-2) (30).

II.3. Le service d'accès aux soins

Il a été créé par la loi du 26 avril 2021, qui introduit l'article L.6311-3 (1) comportant la définition du SAS ainsi que ses missions. Ainsi, toute personne doit pouvoir avoir accès, via un simple appel à des soins urgents nécessitant une prise en charge rapide ou des soins programmés nécessitant un rendez-vous en ville sous 48 heures, ou un simple conseil en santé d'après une régulation téléphonique en fonction de son besoin. L'objectif est de garantir une offre de soin plus fluide à la population, en adaptant la prise en charge entre le recours à la médecine de ville et les établissements de santé, de limiter les consultations aux urgences pour les soins non urgents, et d'améliorer l'accès aux soins non programmés de ville. (37)

L'accès au SAS se fait par l'appel au numéro unique, le 15, avec un premier décroché par l'assistant de régulation médicale qui identifie, priorise et oriente l'appel vers le service

d'aide médicale urgente lors des situations d'urgence vitale, ou vers la régulation de médecine ambulatoire pour les situations relevant de soins non programmés.

Ainsi, le numéro 15 a évolué, il n'est plus seulement réservé aux urgences médicales, il devient également le numéro du service d'accès aux soins, qui permet une collaboration étroite entre l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire, grâce à une plateforme numérique nationale unique, qui recense les ressources disponibles de l'offre de soins non programmée d'un même territoire et permettant de prendre rendez-vous pour des patients dans les 48 heures avec des médecins généralistes travaillant en collaboration avec le SAS sur des créneaux réservés dans leur emploi du temps. (38)

II.4. L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) ou Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) aussi appelée Service Mobile d'Urgence et des Réanimation (SMUR) est un service public hospitalier qui a pour objectif d'assurer les transports médicalisés. Le SMUR est le moyen de secours affilié au centre de régulation du SAMU. A chaque SAMU correspond un ou plusieurs SMUR répartis sur le territoire et rattachés à un centre hospitalier selon une liste établie par le ministère de la Santé.

La mission du SMUR est de participer aux secours immédiats donnés aux patients sur les lieux d'un accident ou à domicile.

II.4.1. Le personnel

Chaque équipe SMUR est composée :

- D'un ambulancier ;
- D'un infirmier ;
- D'un médecin.

Le médecin est un médecin urgentiste ou anesthésiste réanimateur, qui participe également aux activités de régulation médicale et aux soins dans le service des urgences.

L'infirmier peut être un Infirmier Diplômé d'État (IDE) ou un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (IADE), ayant des compétences particulières dans les soins techniques d'urgence et de réanimation (intubation, pose de cathéter intra osseux).

L'ambulancier : il est titulaire du Diplôme d'État d'Ambulancier (DEA) (39). Il a pour mission d'acheminer l'équipe le plus rapidement possible en toute sécurité vers le lieu précis de l'intervention. Il a une connaissance approfondie de la cartographie. Il fait partie intégrante de l'équipe soignante, et participe à la réalisation des gestes de premiers secours. Il organise également le conditionnement, l'installation et le brancardage des victimes. Il connaît le matériel de réanimation disponible dans le véhicule, et est chargé de la maintenance des véhicules.

II.4.2. Les moyens matériels

L'équipe médicale doit pouvoir arriver le plus rapidement sur le lieu où se trouve la victime, avec tout le matériel nécessaire à sa prise en charge.

Le moyen de transport peut être :

- Un véhicule de liaison contenant tout le matériel de réanimation mais ne pouvant transporter de victime, celle-ci étant prise en charge par une ambulance privée ou un VSAV ;
- Un véhicule lourd de type ambulance de réanimation contenant tout le matériel de réanimation ainsi qu'un brancard pouvant accueillir le patient ;
- Un moyen aéroporté :
 - L'hélicoptère qui est un hélicoptère dédié au SAMU et contenant tout le matériel de réanimation nécessaire à la prise en charge des victimes. Il est utilisé depuis 1983 par les SAMU et son emploi est décidé par le régulateur en fonction du gain de temps ou de l'indication spécifique par atteinte des fonctions vitales ;
 - Un hélicoptère d'état de la gendarmerie ou de la sécurité civile ;
 - Un avion en cas d'évacuation sanitaire longue distance.

II.4.3. Les types d'interventions réalisées

II.4.3.1. Le transport primaire

Il consiste en la prise en charge d'un patient par une équipe hospitalière médicalisée en dehors d'un établissement de santé, public ou privé. Il se pratique en général avec un véhicule de liaison arrivant le plus rapidement sur le lieu de l'intervention, ainsi qu'une ambulance privée ou un VSAV, ou dans certains cas un hélicoptère.

II.4.3.2. Le transport secondaire

Il correspond au transfert d'un malade d'une unité médicale (clinique, hôpital) vers un autre service pour une prise en charge spécialisée, aussi appelés transferts inter hospitaliers.

En fonction de la pathologie et de sa gravité, ces transferts peuvent être médicalisés ou paramédicalisés.

II.5. Le SAMU 87 du CHU de Limoges

Il a vu le jour le 21 mars 1977 sous l'impulsion du Professeur FEISS et du Docteur MATHE.

II.5.1. Les locaux

Le SAMU et le Centre 15 se situent dans des locaux communs selon les recommandations de SAMU de France.

Ils comportent une salle de réception des appels où travaillent les assistants de régulation médicale, ainsi que le médecin régulateur urgentiste. Dans des bureaux dédiés attenants à la salle de régulation se trouvent les médecins régulateurs du centre 15.

Une salle de crise obligatoire et à fonction unique est conjointe à la salle de régulation.

Les bureaux des médecins, un secrétariat, des chambres de garde, une salle de conférence et une salle à manger complètent les installations.

De plus, un garage pour les véhicules du SMUR se trouve à proximité du bâtiment avec un accès direct par l'intérieur. Enfin, la pharmacie et la réserve du matériel se trouvent à proximité du garage.

Des travaux de rénovation du CHU de Limoges sont en cours, avec la création d'un nouveau bâtiment visant à accueillir le SAMU SMUR 87 et une réhabilitation des anciens locaux.

II.5.2. Les moyens d'interventions

- Trois véhicules « lourds » ou ambulances de réanimation servant pour les transports primaires et secondaires.
- Trois véhicules légers permettant d'accéder plus rapidement sur les lieux de l'intervention avec à leur bord tout le matériel de réanimation nécessaire à la prise en charge d'un blessé. Dans ce cas-là, il est nécessaire d'avoir sur place un véhicule de secours et d'assistance aux victimes appartenant au SDIS ou une ambulance privée afin d'assurer le transport du patient.
- Un hélicoptère de type EC 145c2, loué auprès de la société BABCOCK. Il est disponible 24 heures sur 24, selon les conditions météorologiques. En cas de panne ou de révision, un hélicoptère de remplacement est mis à disposition du SAMU par la société durant le temps des réparations. Il est équipé pour les transports sanitaires avec tout le matériel nécessaire aux soins de réanimation.
- Dans certaines situations, un hélicoptère AS350 du détachement aérien de la gendarmerie de Limoges peut être mis à disposition.
- Avions privés : le SAMU 87 travaille avec une compagnie d'avion pour effectuer certains transferts inter établissements dont le trajet est trop long pour être effectué en hélicoptère.

II.5.3. Le personnel du SAMU 87 du CHU de Limoges :

- Il y a un chef de service ainsi qu'un chef de service adjoint
- 35 médecins urgentistes complètent l'équipe médicale.
- Il y a entre 3 et 5 internes par semestre recevant une formation continue théorique et pratique leur permettant de connaître la médecine d'urgence et ses pratiques.
- Il y a 23 assistants de régulation médicale. Ils sont 5 en poste par jour. 3 sont dédiés à la prise des appels et 1 à l'envoi des moyens, 1 au SAS.
- Les ambulanciers sont 13 à travailler exclusivement au SAMU.
- 21 infirmiers dont 9 ont le diplôme d'infirmiers anesthésistes. Ils ont une activité partagée avec le service de réanimation, le service des urgences, ou la formation continue au sein du CESU.
- 6 pilotes et 6 membres d'équipage qui fonctionnent par binôme, en rotation de 12 heures, disponibles 24 heures sur 24.
- Un mécanicien hélicoptère.
- Une secrétaire médicale.

Il y a un médecin régulateur urgentiste et 1 médecin régulateur du centre 15 en poste durant les journées de semaine.

La garde commence à 18h 30 et se termine à 8 heures 30 le lendemain, et se compose :

- D'un médecin régulateur urgentiste ;
- D'un médecin régulateur généraliste ;
- De 3 assistants de régulation médicale ;
- De deux équipes de SMUR composées chacune d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier ;
- D'un interne en anesthésie réanimation ou médecine d'urgence.

II.5.4. Les antennes SMUR du SAMU 87

Le département dispose également d'une antenne SMUR au CH de Saint Junien ainsi que d'une antenne SMUR au CH de Saint Yrieix disposant chacun d'une équipe complète mobilisable 24 heures sur 24.

II.5.5. Les moyens de communication

- Les téléphones comprenant des lignes directes avec les pompiers et le service des urgences de l'hôpital.
- Le réseau ANTARES (Adaptation Nationale des Transmissions aux Risques et aux Secours) sur 400 MHz, réseau national avec une fréquence commune aux véhicules SMUR, pompiers et services de l'ordre et enregistré auprès de la préfecture.
- Le logiciel eSMUR fonctionnant sur téléphone et tablettes.

II.5.6. Le Centre 15

Il y a 19 médecins généralistes qui assurent la régulation médicale de type médecine générale 24 heures sur 24. Ils travaillent en collaboration avec les médecins libéraux et les ambulanciers privés principalement.

III. La responsabilité du médecin régulateur

La responsabilité au sens juridique définit les règles selon lesquelles chacun, (personne physique ou morale) est susceptible de répondre des conséquences dommageables de ses actes ou de ses abstentions.

III.1. Principes communs à tous régimes de responsabilité

L'article L.1142-1 du code de la santé publique (40) décrit les conditions nécessaires pour mettre en jeu la responsabilité d'une personne : l'existence d'une faute, l'existence d'un préjudice, et l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

- L'existence d'une faute : au sein d'une activité hospitalière, elle peut être de deux natures :
 - o La faute médicale, qui comprend toute action non conforme aux données acquises de la science ou aux prescriptions sanitaires ou légales.
 - o La faute de service : qui ne relève pas d'un acte médical mais d'un défaut de fonctionnement et d'organisation de service.
- L'existence d'un préjudice, qu'il soit matériel (tel que la perte d'un bien), physique (séquelles, préjudices esthétique, souffrance endurées) ou moral (souffrance liée à la perte d'un proche, atteinte au respect de la vie privée ou à l'honneur) subi par une personne par le fait d'un tiers.
- L'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

III.2. Historique de la responsabilité médicale

La notion de responsabilité médicale a connu une évolution au fil des siècles. Elle apparaît dans le code Hammourabi (texte juridique babylonien datant d'environ 1750 avant JC) qui propose un système compensatoire du dommage, basé sur une sanction de l'auteur de la faute selon la loi du Talion « *œil pour œil et dent pour dent* ». (41)

Dans le droit romain, les médecins peuvent être punis pour négligence. Dans la *Lex Duodecim Tabularum* ou La loi romaine des 12 tables (450 avant JC), la loi du Talion n'est appliquée qu'en cas d'échec d'accord amiable des parties. (42)

Dans le Digeste, base du droit Romain établi à la demande de Justinien Ier (VIème siècle après JC), le médecin était responsable quand il avait causé le décès du patient alors qu'il essayait de le soigner ou quand il avait échoué à le guérir alors qu'il lui avait garanti l'inverse. (42)

Cependant, malgré quelques mises en cause d'interventions de barbiers-chirurgiens au XVème siècle, les médecins semblent bénéficier d'une immunité jusqu'au XIXème siècle. Cette idée a des fondements anciens, à l'époque romaine où le médecin était aussi prêtre.

La maladie a longtemps été considérée comme une punition divine, et les médecins avaient un statut privilégié vis-à-vis du clergé.

Selon l'opinion public au XVIIIème siècle, le médecin était considéré comme irresponsable comme en témoigne cet extrait de pièce de théâtre contemporain de l'époque :

« Je trouve que c'est le métier le meilleur de tous (...) ; l'on peut gâter un homme sans qu'il s'en coûte rien. Les bévues ne sont point pour nous, et c'est toujours de la faute de celui qui meurt. Enfin, le bon de cette profession est qu'il y a parmi les morts une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde ; et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué »
Molière, *Le médecin malgré lui*, 1666, acte III, scène 1.

Les codes napoléoniens de 1804 et 1810 individualisent pour la première fois responsabilité civile et pénale du médecin.

La responsabilité médicale à type de sanction a longtemps été privilégiée, même si la responsabilité indemnitaire existait depuis l'Antiquité. Ainsi, dans le code d'Ur-Nammu figurait une réparation du dommage corporel des malades par une composition financière. La réparation indemnitaire est ensuite devenue prépondérante en comparaison de la réparation à type de sanction. (43)

III.3. Les différents types de responsabilité

De nos jours, on distingue 4 types de responsabilités : la responsabilité civile, la responsabilité administrative, la responsabilité ordinaire, la responsabilité pénale.

Les différentes responsabilités ne sont pas exclusives les unes des autres.

III.3.1. La responsabilité administrative

Elle est mise en cause pour les professionnels des établissements publics de santé. Le médecin exerçant au sein d'un établissement hospitalier public n'est pas responsable des dommages causés au patient par sa faute. C'est la responsabilité de l'établissement public qui est mise en cause.

Elle a une vocation indemnitaire.

Les juridictions compétentes concernant la responsabilité administrative sont le tribunal administratif en première instance, la cour administrative en appel et le Conseil d'État en cassation.

Quand le médecin commet une faute détachable de ses fonctions, sa responsabilité civile et pénale peut être engagée.

Une faute détachable du service peut être :

- Une intention malveillante avec volonté de nuire ;
- La recherche d'un intérêt personnel ;
- Une faute inadmissible au regard de la déontologie professionnelle ;
- Un acte se détachant matériellement de la fonction et ressortant de la vie privée du professionnel de santé.

III.3.2. La responsabilité civile

Elle vise à obtenir la réparation (indemnisation) des préjudices résultant du dommage subi. Elle s'exerce à l'encontre du médecin exerçant à titre libéral ainsi que les établissements de santé privés.

Les juridictions compétentes pour statuer sur la responsabilité civile des professionnels et des établissements de santé sont le tribunal judiciaire, puis en appel la Cour d'appel et la Cour de cassation en cas de pourvoi.

La nature de la responsabilité civile du médecin a évolué ces derniers siècles. Elle était initialement de nature délictuelle, puis de nature contractuelle pour aboutir vers une responsabilité civile médicale autonome.

III.3.2.1. Responsabilité délictuelle

La responsabilité civile du médecin était initialement délictuelle comme défini par l'arrêt de la Cour de cassation Thouret-Noroy du 18 juin 1835, qui indiquait qu'un médecin pouvait être responsable des fautes commises dans les soins qu'il donne à un malade, selon les articles 1382 et 1383 du code civil qui disposent que « *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* » ; et « *chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence* »

La Cour de cassation confirme la nature délictuelle de la responsabilité médicale par l'affaire Hyacinthe Boulanger de 1862.

III.3.2.2. La responsabilité contractuelle

La notion de relation contractuelle entre le médecin et le patient apparaît dans l'arrêt Mercier de la Cour de cassation du 20 mai 1936 qui indique « *qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement de lui donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science* ». (43)

C'est un contrat innomé, oral, qui est dit *intuitu personae*, du fait du libre choix du praticien, et implique une relation de confiance entre le médecin et son patient.

Ce principe est rappelé dans l'article 6 du code de déontologie médicale « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et lui en faciliter l'exercice* », repris à l'article R. 4127-6 du code de la santé publique. (44)

Il est également synallagmatique, c'est-à-dire qu'il implique des obligations réciproques. En effet, le médecin a une obligation de soins en fonction des données actuelles de la science, ainsi qu'une obligation d'information et de consentement du malade à l'acte médical.

Le patient a lui l'obligation de collaborer avec son médecin et de suivre ses prescriptions, ainsi que de le rémunérer.

Pour les situations hors contrat (situations d'urgence, patient inconscient), c'est la responsabilité délictuelle du médecin qui est engagée. Il peut être condamné à verser une indemnisation selon l'article 1147 du code civil (45). La prescription dans le cas de la

responsabilité délictuelle est de 3 ans, et de 30 ans dans le cas de la responsabilité contractuelle.

III.3.2.3. La responsabilité médicale autonome

C'est la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 dite loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui définit la responsabilité des professionnels de santé dans l'article L.1142-1 du code de la santé publique (40) *«Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (...), ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'acte de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute »*

Cette loi reprend les principes du contrat médical de l'arrêt Mercier. Le médecin, qui est librement choisi par le patient, s'engage à prodiguer des soins consciencieux, dévoués, et conformes aux données acquises de la science, après avoir informé le patient et recueilli son consentement éclairé. (code de la santé publique, article R.4127-7) (46)

Elle met en place un régime de responsabilité spécifique appliqué aux dommages causé par les actes de prévention, de diagnostic, ou de soins, et distingue la notion nouvelle de responsabilité sans faute, introduit par l'arrêt Bianchi du Conseil d'État en 1993.

Les médecins restent toujours responsables en cas de faute, mais la loi de 2002 apporte la notion nouvelle de responsabilité sans faute. Ainsi, elle introduit la possibilité pour une victime, de recevoir une indemnisation par voie judiciaire ou extra judiciaire même en l'absence de faute.

Elle rend ainsi obligatoire l'assurance en responsabilité médicale.

Elle s'applique de la même manière aux cliniques privées et publiques, et dépasse la notion de responsabilité civile et administrative.

Il existe différentes possibilités d'indemnisations sans faute :

- Dans les cas d'une infection contractée à l'hôpital, on parle d'infection nosocomiale ;
- Lors d'un accident médical sans faute, on parle alors d'aléa thérapeutique ;
- À la suite de prise de médicaments ou de soins ayant des répercussions sérieuses, on parle alors d'affections iatrogènes.

En dehors des cas de responsabilité sans faute, la responsabilité civile du praticien peut être engagée si la victime apporte la preuve d'une faute, d'un dommage ainsi que d'un lien de causalité entre les deux.

III.3.3. La responsabilité pénale

III.3.3.1. Définition

La responsabilité pénale tend à réprimer l'auteur d'une infraction prévue par le code pénal, le code de la santé publique ou d'autres textes spécifiques.

Le médecin hospitalier est sous la responsabilité juridique des agents publics selon l'article 134-4 du code de la fonction publique (47) qui dispose que :

« Lorsque l'agent public fait l'objet de poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la collectivité publique doit lui accorder sa protection »

De la même façon que la responsabilité ordinale, elle n'a aucune vocation indemnitaire, mais a pour finalité de sanctionner un comportement. C'est une sanction personnelle (article 121-1 du code pénal) (48), et peut concerner également des personnes morales (article 121-2 du code pénal) (49).

Elle peut toucher tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié, publique ou privé).

On distingue deux types d'infractions :

- Infractions contre les personnes :
 - o Atteinte involontaire à la vie (articles 221-6 à 221-11) ; atteinte involontaire à l'intégrité physique (article 222-19 ; 222-20) ; atteinte volontaire à la vie (articles 221-8, 221-9).

- Infractions aux obligations légales :
 - o Non-respect du secret professionnel (articles 226-13, 226-14) ;
 - o Abstention de porter secours (article 223-6) ;
 - o Faux certificats et attestations (article 441-7, 441-8).
 - o

III.3.3.2. Juridictions

Les juridictions compétentes en matière pénale sont le tribunal de police pour les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits et la cour d'assise pour les crimes.

Le délai de prescription dépend de la nature de l'infraction : 1 an pour les contraventions, 6 ans pour les délits et 20 ans pour les crimes.

Il est possible de faire appel d'une décision pénale auprès de la Cour d'appel, puis d'un pourvoi auprès de la Cour de cassation. Le pourvoi et l'appel suspendent l'exécution d'une décision.

III.3.3.3. Sanctions encourues

On observe que les médecins sont essentiellement concernés par les délits, tels que des homicides involontaires, une atteinte involontaire à l'intégrité physique d'autrui, et non-assistance à personne en danger.

Selon la gravité de l'infraction commise, le médecin encourt une amende, une peine d'emprisonnement (le plus souvent sous forme de sursis), ou une interdiction d'exercer.

Les sanctions pénales figurent dans le casier judiciaire :

- Le bulletin n°1 comporte toutes les sanctions ;
- Le bulletin n°2 ne comporte que quelques sanctions et sa production est obligatoire lors de la candidature à certaines professions. Une dispense de mention d'une condamnation pénale peut être demandé ;
- Le bulletin n°3 comporte uniquement les sanctions les plus graves.

III.3.4. La responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire (ordinaire) sanctionne l'auteur d'un manquement aux obligations professionnelles ou déontologiques.

III.3.4.1. Une juridiction ordinaire

L'Ordre national des médecins veille « *au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie* » (article L4121-2 du code de la santé publique) (50).

Parmi ces principes figurent notamment le respect du secret professionnel ainsi que l'information et le consentement du patient.

Cette juridiction spécialisée est autonome par rapport aux juridictions pénales et civiles. Elle ne prononce que des sanctions prévues par le code de la santé publique. Elle vise à sanctionner un comportement mais n'a pas de vocation indemnitaire.

III.3.4.2. Procédure disciplinaire

La responsabilité disciplinaire du médecin peut être engagée à la suite d'un manquement au code de déontologie, il en existe quatre titres :

- Devoirs généraux des médecins (exemple : le secret professionnel) ;
- Devoirs envers les patients (information et consentement du patient) ;
- Rapports des médecins entre eux et avec les autres membres des professionnels de santé ;
- De l'exercice de la profession.

Depuis 2007, le code de santé publique a ouvert au patient, le droit de former des plaintes contre son médecin devant les instances disciplinaires. Néanmoins, seules les entités publiques peuvent porter plainte contre les médecins hospitaliers. Dans ce cas-là, le patient doit donc passer par un intermédiaire.

Un autre médecin ou une institution peut également être l'auteur de la plainte.

Pour engager une action disciplinaire, le patient doit s'adresser au conseil départemental de l'ordre auquel est enregistré le praticien qui organise en premier lieu une tentative de conciliation.

En cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental de l'ordre adresse la plainte à la chambre disciplinaire du conseil régional qui représente la juridiction disciplinaire de première instance. S'il estime qu'il y a eu un manquement aux règles de déontologie, le conseil départemental peut s'associer à la plainte.

Le médecin a 30 jours pour faire appel auprès du conseil national de l'ordre en cas de condamnation.

En cas de condamnation du conseil national, le médecin peut tenter un recours dans les deux mois auprès du Conseil d'État. Ce recours n'est pas suspensif.

Si le Conseil d'État annule la décision du conseil national, l'affaire est renvoyée devant ce dernier pour y être à nouveau jugé.

III.3.4.3. Sanctions encourus

Une échelle de sanction est prévue par le code de la santé publique :

- L'avertissement : Vise à inciter le médecin à ne pas réitérer le manquement.
- Le blâme : Suspension temporaire, avec ou sans sursis.
- La radiation : En principe définitive.

IV. Responsabilités de l'ARM

Les ARM exerçant dans des structures publiques sont des agents de la fonction publique hospitalière. Ils bénéficient des dispositions du code de la fonction publique portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires, dont l'article L. 134-3 dispose que « *Lorsque l'agent public a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à l'agent public, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui* » (51).

Cependant, un ARM peut être poursuivi pour une faute détachable du service, c'est-à-dire non présente dans sa fiche de poste, qui peuvent être propre à chaque centre. (53)

- Une absence de prise de l'appel
- Une erreur dans le recueil des coordonnées empêchant l'arrivée des secours
- Une absence d'écoute des doléances de l'appelant ou de question adaptée pour orienter l'interrogatoire
- Une mise en attente de l'appel qui aurait dû être prioritaire
- Une absence de transmissions d'éléments au médecin régulateur qui lui auraient permis de faire un meilleur choix
- Une gestion de l'appel sans transmissions au médecin régulateur alors que la situation l'exigeait
- Une décision personnelle, un conseil donné erroné, par exemple face à un tableau trompeur
- Un non-respect des protocoles de service ou des recommandations professionnelles (par exemple celles de la HAS)
- Des propos injurieux voir racistes à l'égard de l'appelant

V. Les recours à disposition de l'utilisateur en cas de litige

Le code de la santé publique (article L1110-5) énonce les droits des patients : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés* »

Si le patient estime qu'il y a eu un manquement dans sa prise en charge médicale, il a la possibilité de se plaindre. Par le terme de plaignant, on parle ici de la personne se considérant en tant que victime ou ses ayants droits.

On distingue différents litiges en fonction de l'intention du plaignant :

- Le plaignant souhaite exprimer son insatisfaction ou demander des explications. Il peut alors adresser une réclamation au service concerné.
- Le plaignant considère qu'il a été victime d'un préjudice causé par une faute d'un acteur du système de soin. Il demande une réparation de ce préjudice, par le biais d'une indemnisation.
- Le plaignant estime qu'un acteur du système de soin a enfreint la loi. Il a la possibilité de porter plainte afin que le responsable soit sanctionné pour cette infraction.

V.1. La réclamation

Une réclamation concerne toute formulation d'insatisfaction, de remarques ou de suggestions de la part d'un usager, qu'elle soit orale ou écrite, à destination du chef de service ou de la direction générale du centre hospitalier.

Le système de gestion des plaintes est sous la supervision de la commission des usagers (CDU). Sa présence est obligatoire au sein de chaque établissement selon la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Son rôle est de promouvoir une relation durable de qualité entre l'établissement et l'ensemble des usagers. Elle intervient donc dans le traitement des plaintes et réclamations à caractère non juridictionnel, au terme d'une procédure privilégiant la médiation. Elle veille au respect du droit des usagers, à garantir leur libre expression, à la qualité et au suivi des solutions proposées.

Selon l'article R.1112-81 du code de la santé publique, la CDU est composée :

- Du représentant légal de l'établissement
- De deux médiateurs (médical et non médical) et leurs suppléants
- De deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé dans les conditions prévues à l'article R1112-83

Les réclamations reçues au CHU de Limoges proviennent de :

- Un courrier à l'attention de la Direction Générale, de la CDU ou du service des Relations avec les Usagers (RU)

- Un mail reçu par la Direction Générale ou la boîte mail « relation.usagers »
- Un courrier adressé directement aux services des soins et réorienté vers la Direction Générale ou la Direction chargée des Relations avec les Usagers
- Un courrier déposé à la Maison des Usagers
- Un usager reçu en personne par le service des Relation aux Usagers
- Un courrier provenant de l'ARS à la suite du signalement d'un usager

Tout courrier de réclamation d'un usager reçu directement dans un service doit être réorienté vers le service des relations avec les usagers afin qu'il soit comptabilisé et que l'accompagnement juridique puisse être mis en place.

V.2. La demande de réparation

Le plaignant a plusieurs recours à sa disposition afin d'obtenir réparation d'un préjudice. On distingue la voie amiable de la voie contentieuse.

V.2.1. La voie amiable

Elle regroupe les demandes de réparation directe auprès de l'établissement de soin et le recours à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

V.2.1.1. Demande de réparation adressée à l'établissement de soin

Le plaignant adresse directement une demande de réparation auprès de la direction de l'établissement. La direction contacte alors l'organisme l'assurant pour ce risque, puis le médecin conseil de l'organisme examine le dossier du patient, après accord écrit et signé de celui-ci.

Si le règlement amiable est accepté par le patient, il renonce alors à attaquer l'établissement devant la CCI (Commission de Conciliation et d'Indemnisation) ou le juge administratif ou pénal.

Au sein du CHU de Limoges, toute demande d'indemnisation est gérée par le groupe RELYENS, assureur de l'établissement, en application du contrat de responsabilité civile hospitalière qui protège l'établissement et ses salariés.

V.2.1.2. Le recours à la commission de conciliation et d'indemnisation

Elle a été créée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi comporte la possibilité d'une indemnisation de l'aléa thérapeutique au titre de la solidarité nationale grâce à la création de Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) devenues ensuite Commissions de Conciliation et

d'Indemnisation (CCI) ainsi que de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). (52)

L'ONIAM indemnise des dommages occasionnés par :

- Un accident médical ou des dommages imputables à une activité de recherche biomédical ;
- Une affection iatrogène (effet secondaire lié à un traitement médical) ;
- Une infection nosocomiale (infraction contractée par un établissement de santé).

V.2.1.2.1. Composition de la CCI

La CCI est présidée par un magistrat administratif, et composée de plusieurs membres représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'ONIAM, ainsi que des personnalités qualifiées.

Il y a une commission dans chaque région.

V.2.1.3. Les missions de la CCI

Elles facilitent la résolution des conflits entre usagers et professionnels de santé par la conciliation, directement ou par l'intermédiaire d'un médiateur.

Elles permettent l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux selon certains critères.

V.2.1.4. Les procédures réalisables auprès des CCI

Un accident médical est considéré comme grave si le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) est supérieur à 24%. Ce taux est déterminé par un médecin expert indépendant.

Selon la valeur du seuil de gravité, la CCI propose :

- Une conciliation si le taux d'AIPP est inférieur à 24% ;
- Une procédure de règlement amiable si le taux d'AIPP est supérieure à 24%.

La saisine de la CCI se fait au moyen d'un formulaire cerfa n°12245 accompagné de pièces justificatives envoyé par lettre recommandée à la CCI du lieu de réalisation de l'acte médical en cause. Tout patient majeur peut saisir le CCI, par lui-même ou par l'intermédiaire d'un avocat. Pour un mineur, c'est à son représentant légal de saisir la commission. En cas de décès du patient, ses ayant droits peuvent également saisir la CCI.

Elle peut être saisie dans un délai de dix ans à partir de la consolidation du dommage.

Il est obligatoire d'informer la CCI des procédures juridictionnelles en cours, à venir ou terminées relatives aux mêmes faits, et si une action de justice est en cours il faut informer le juge de la saisine d'une CCI.

V.2.1.4.1. La procédure de conciliation

Elle peut être effectuée par la commission des relations des usagers de l'établissement ou bien par des membres de la CCI avec l'aide ou pas d'un médiateur indépendant.

V.2.1.4.2. La procédure d'indemnisation

La recevabilité du dossier est d'abord examinée par un expert indépendant. Si le dossier est considéré comme irrecevable, une demande de conciliation peut être demandée.

Si le dossier est jugé recevable, il est examiné par un expert qui rédige un rapport au terme de son expertise qui est remis à chaque partie 10 jours avant la réunion amiable. La commission rend son avis dans un délai de 6 mois.

A la fin de la réunion, la CCI émet un avis adressé aux parties. Suivant la décision de responsabilité décidée par la CCI, l'indemnisation est effectuée par l'ONIAM ou bien l'assurance du professionnel.

L'assureur du professionnel fait alors une proposition d'indemnisation dans un délai de 4 mois suivant la réception de l'avis. Si l'assureur refuse l'offre, ou en cas de non-assurance du professionnel de santé, la victime ou ses ayants droit peut saisir l'ONIAM afin d'être indemnisée.

En cas d'aléa thérapeutique, l'indemnisation est effectuée par l'ONIAM dans un délai de 4 mois.

Si la victime refuse l'offre d'indemnisation, elle peut saisir le tribunal administratif en cas de faute concernant un hôpital public, ou le tribunal judiciaire s'il concerne un délit ou bien une faute relevant d'un établissement privé.

V.2.2. La voie contentieuse

V.2.2.1. Réclamation devant le juge administratif

Le juge compétent en cas de recours contentieux à l'encontre du CHU de Limoges est le tribunal administratif de Limoges. Le juge d'appel compétent est la Cour administrative d'appel (CAA) de Bordeaux. Elle ne peut être saisie que lorsqu'un jugement de premier ressort a été rendu par le tribunal administratif. Le juge de cassation après une décision d'appel est le Conseil d'État.

De manière exceptionnelle, l'établissement peut aussi être attaqué devant le juge pénal si la faute invoquée est d'une gravité exceptionnelle et que la victime souhaite que l'auteur des faits soit sanctionné.

C'est l'établissement et non le personnel qui est attaqué directement, car le service public hospitalier implique que l'établissement soit civilement responsable de la prise en

charge réalisée par les agents qu'il emploie. Ainsi, les dossiers sont gérés avec l'assureur de l'établissement et non l'assureur personnel des professionnels.

Ce principe connaît deux exceptions :

- La prise en charge attaquée concerne un acte réalisé dans le cadre de l'activité libérale. Le praticien est personnellement responsable. Il sera alors attaqué devant la juridiction civile (ou le juge pénal si le patient demande une sanction en plus de l'indemnisation)

- La prise en charge attaquée a été réalisée dans le cadre du service public hospitalier mais elle peut être considérée comme « détachable des fonctions », l'agent sera alors personnellement attaqué devant la juridiction administrative ou pénale.

VI. Revue des dossiers de réclamations et de plaintes impliquant le SAMU 87 de 2019 à 2023

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective monocentrique, portant sur l'ensemble des dossiers de plaintes et réclamations adressés au SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les plaintes et les réclamations reçues par le SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges, au cours des cinq dernières années, les facteurs favorisants, leurs conséquences, ainsi que les moyens mis en œuvre pour éviter leur récurrence.

Nous allons dans un premier temps décrire l'ensemble des dossiers concernés sur la période d'étude, pour dans un second temps analyser les particularités liées à ceux ayant fait l'objet d'une réclamation ou d'une plainte. Enfin, une analyse des dossiers sera réalisée en fonction du type de régulation, par un médecin généraliste ou urgentiste.

VI.1. Matériel et méthode

VI.1.1. Matériel

L'étude a consisté en une revue des dossiers de réclamations et de plaintes archivées au SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges.

Les dossiers ont été consultés sur place dans les locaux du SAMU 87. Pour certains dossiers, un complément d'information a été récupéré auprès de la Direction de la Qualité et des Usagers du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

VI.1.1.1. Critères d'inclusion

VI.1.1.1.1. Les dossiers de réclamations simples

Le terme réclamation simple implique toute remarque exprimant une insatisfaction ou une incompréhension concernant un appel traité par le CRAA rattaché au SAMU 87, et non suivi de médiation, de demande d'indemnisation amiable ou par le biais de la CCI, ou d'engagement de procédure auprès du tribunal administratif ou pénal.

Les dossiers inclus concernent tous les appels entrants au CRAA du SAMU 87 pour lesquels un dossier de régulation a été ouvert, entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023 et ayant abouti à réclamation.

Ces dossiers comprennent en général :

- La fiche de régulation provenant du logiciel d'aide à la régulation ;
- Le courrier de réclamation ;
- La réponse de la part du chef de service ou bien de la direction ;

- La retranscription écrite des bandes audios de régulation, ou l'écoute des enregistrements téléphoniques en présence du chef de service du SAMU 87 ;
- La fiche d'intervention en cas d'intervention SMUR associée ;
- Le compte rendu d'expertise lorsque le dossier a fait l'objet d'une demande d'indemnisation ou d'une procédure judiciaire ;
- Le compte rendu de l'effet indésirable grave en cas de déclaration ;
- Le rapport de la RMM quand elle a eu lieu ;

Les comptes rendus de RMM et d'EIG ont été consulté par l'intermédiaire du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins du CHU de Limoges.

VI.1.1.1.2. Les dossiers de plainte

On entend par plainte les motifs suivants :

- Tout dossier ayant mené à une intervention du médiateur de la CRU à la suite d'une réclamation
- Toute demande d'indemnisation amiable auprès de l'assureur du CHU
- Toute demande amiable d'indemnisation par recours auprès de la CCI
- Toute demande d'indemnisation auprès du tribunal administratif
- Toute procédure pénale concernant potentiellement le CRAA.

Les dossiers ayant fait l'objet d'une demande d'indemnisation amiable auprès de l'assureur du CHU, ou par recours auprès de la CCI, ou ayant abouti à une procédure auprès du tribunal administratif ou pénal ont pu être consultés par l'intermédiaire du responsable des relations avec les usagers, demande de dossiers médicaux et gestion du contentieux du CHU de Limoges.

VI.1.1.2. Critères d'exclusion

Les dossiers ne relevant pas d'une réclamation ou d'une plainte concernant le CRRA ont été exclus de l'étude :

- Les demandes de dossiers médicaux ou d'informations personnelles concernant les appels ;
- Les réclamations ne concernant pas le SAMU mais un autre service ou un autre acteur de la prise en charge (médecin généraliste, médecin des urgences) ;
- Les dossiers saisis dans le cadre de procédures pénales n'impliquant pas le SAMU (écoute de bande sur suspicion d'homicides ou de maltraitance) ;
- Les dossiers répertoriés mais non disponibles à la consultation ou perdus ;
- Les réclamations téléphoniques n'ont pas été prises en compte pour faute de traçabilité.

VI.2. Méthodes

VI.2.1. Méthode d'étude des réclamations

VI.2.1.1. Recueil des informations concernant l'appel téléphonique

- L'âge et le sexe du patient ;
- La date et l'heure de l'appel ;
- Le jour de la semaine de l'appel ;
- Le nombre d'appel pour le même DRM ;
- Le nombre de régulateurs intervenus pour le même DRM ;
- La nature du médecin régulateur (médecin régulateur urgentiste ou libéral) ;
- L'effecteur engagé : conseil médical simple, consultation médicale, (comprenant les visites au domicile, l'orientation vers un centre de permanence de soin, SOS médecin, ou vers un centre hospitalier), moyen non médicalisé (ambulance privée, pompiers), moyen médicalisé (équipe SMUR) ;
- Le diagnostic final retenu ;
- Le service d'hospitalisation final
- Le statut vivant ou décédé à 7 jours de la création du DRM ;

Le motif de l'appel médical était classé selon les catégories suivantes :

- Pathologies traumatiques
- Pathologies médicales d'origine supposée :
 - o Digestive
 - o Respiratoire
 - o Cardiovasculaire
 - o Neurologique
 - o Autre (fièvre, asthénie, altération de l'état général, paresthésies, douleurs diffuses)

Pour les patients hospitalisés au CHU de Limoges à la suite de la prise en charge par le SAMU 87, les diagnostics finaux ont été recueilli par consultation du logiciel Crossway.

VI.2.1.2. Recueil des informations sur la nature du mécontentement

Les motifs de mécontentement ont été classés en 8 catégories :

- Le délai de réponse téléphonique jugé excessif
- Le délai d'arrivée des moyens engagés jugé excessif
- Une inadéquation du moyen engagé et/ou de l'orientation retenue avec l'état clinique du patient
- Une erreur d'appréciation de la gravité par le médecin régulateur ou l'ARM
- Une mauvaise communication de l'ARM (comportement ou paroles inappropriés, interrogatoire insuffisant)
- Une mauvaise communication du MR (comportement ou paroles inappropriés, interrogatoire insuffisant)
- Un dysfonctionnement au niveau de l'effecteur
- Catégories « autre » où figure les motifs non classables dans les catégories précédentes : une mauvaise communication inter services, une mauvaise prise en charge du médecin traitant dans la chaîne de soin

A noter que ce sont des motifs allégués par l'utilisateur mais non systématiquement avérés.

VI.2.2. Méthode d'étude des plaintes

- Classification de la plainte en fonction des situations suivantes : médiation, demande d'indemnisation à l'amiable auprès de l'assureur du CHU, demande d'indemnisation auprès de la CCI, procédure d'indemnisation auprès du tribunal administratif, procédure pénale concernant potentiellement le CRAA
- Présentation du contexte de survenue
- Suites données aux procédures

VI.3. Résultats

VI.3.1. Dossiers retenus pour l'étude

Entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023, on rapporte 38 dossiers correspondant aux critères d'inclusion.

Deux dossiers référencés dans les archives du SAMU 87 en 2021 mais non retrouvés ont été exclus de l'analyse. Ils apparaissent dans la colonne « dossier non disponible » du tableau 1.

La répartition de la totalité des dossiers consultés au SAMU 87 sont décrits dans le **tableau 1** ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des dossiers archivés au SAMU 87 de 2019 à 2023

	Total	Dossier de réclamation ou de plainte	Saisie de dossier sans mise en cause du CRAA	CRAA non concerné	Demande d'information personnelle	Dossier non disponible
2019	9	5	2	0	2	0
2020	13	9	0	1	3	0
2021	14	4	2	2	4	2
2022	13	11	1	1	0	0
2023	13	9	2	0	2	0
Total	63	38	7	4	11	2

VI.3.2. Répartition des dossiers de réclamation et de plainte

La répartition des dossiers en fonction de leur nature est décrite dans le **tableau 2**. Les dossiers concernant les réclamations apparaissent dans la première colonne, et les colonnes suivantes concernent les plaintes selon les critères définis précédemment.

Un même dossier peut avoir donné lieu à différentes procédures et donc apparaître dans plusieurs colonnes.

Vingt-six dossiers (69 %) représentent une réclamation simple. Douze dossiers (32 %) ont fait l'objet d'une plainte ; dont onze dossiers (92%) par l'intermédiaire d'une médiation, 2 dossiers (17%) ont été examinés en CCI, 1 (8%) a fait l'objet d'une demande d'indemnisation à l'amiable auprès de l'assureur du CHU et un dossier est examiné par le biais d'une procédure auprès du tribunal administratif.

Tableau 2 : Répartition des dossiers inclus dans l'étude

	Réclamation	Médiation	CCI	Demande d'indemnisation amiable auprès du CHU	Demande d'indemnisation auprès du tribunal administratif	Procédure pénale
2019	4	1	0	0	0	0
2020	9	0	0	0	0	0
2021	2	2	0	0	0	0
2022	7	4	0	0	0	0
2023	4	4	2	1	1	0
Total	26	11	2	1	1	0

Le **tableau 3** décrit l'incidence des plaintes et des réclamations sur la période de l'étude.

En 2023, parmi les 89196 DRM créés, 30138 (34 %) concernaient la régulation urgentiste et 59 058 (66 %) la régulation généraliste.

Le QS 60 était disponible uniquement pour l'année 2023, et était de 94%.

Tableau 3 : Incidence des plaintes et des réclamations sur la période de l'étude

Année	Appels décrochés	Nombre de DRM	Nombre de plaintes et réclamations	Incidence pour 100 000 DRM
2019	/	66499	5	7,51
2020	196079	74424	9	12,06
2021	245640	77045	4	5,19
2022	246568	92075	11	10,86
2023	229988	89196	9	11,21

Parmi les 38 dossiers étudiés, 22 hommes (58 %) et 16 (42 %) femmes ont été inclus. Les patients étaient en moyenne âgés de 56 ans. Six dossiers (16%) concernent des patients mineurs. **(Figure 1).**

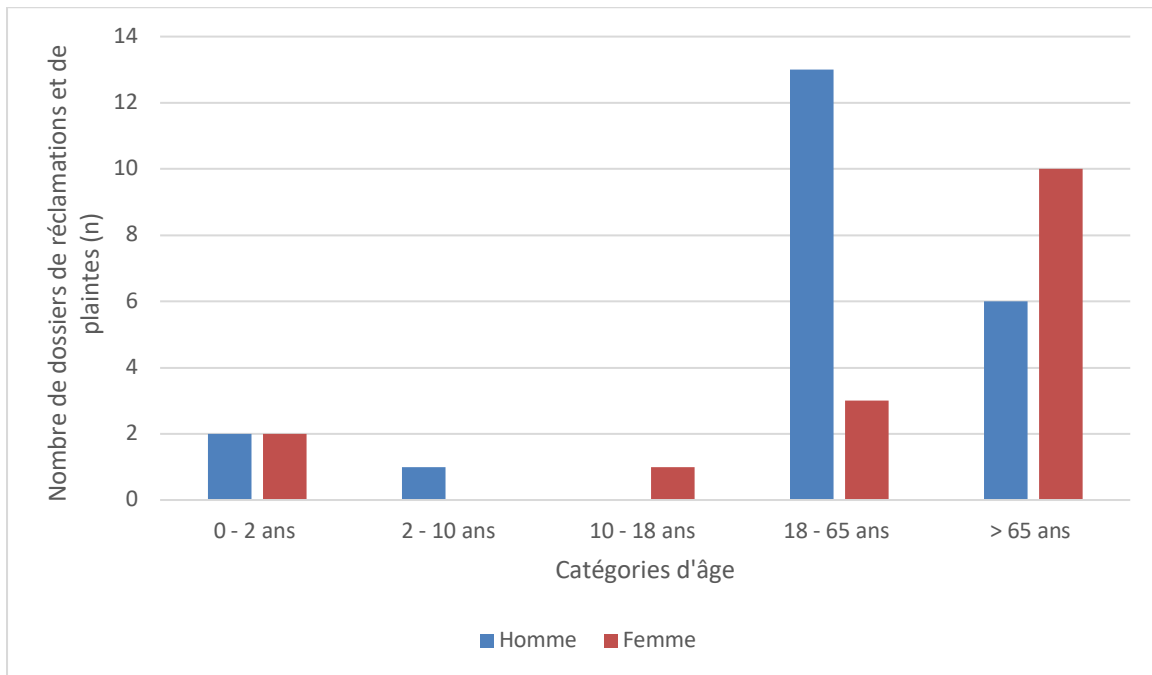


Figure 1 : Répartition des plaintes et des réclamations par âge et sexe des patients concernés de 2019 à 2023

VI.3.2.1. Répartition selon l'heure et le jour de la semaine

La répartition hebdomadaire des réclamations portait essentiellement sur le samedi (n=11 (29 %)), vendredi (n=7 (18 %)), et le dimanche (n=6 (16%)).

Sur le nyctémère, les réclamations surviennent davantage en journée (8h-20h) (n=24 (63 %)) que la nuit (20h-8h) (n=14 (37 %)).

Les réclamations survenant en nuit profonde (0h-8 heures) concernaient 8 dossiers (21%), uniquement réglés par un médecin généraliste.

VI.3.2.2. Répartition selon le nombre d'appels et de régulateurs impliqués

Les dossiers inclus dans l'étude ne comportaient qu'un appel au CRAA pour 15 d'entre eux (39%). Pour 25 dossiers (66%), un seul régulateur était impliqué.

VI.3.2.3. Répartition selon le mode de régulation

Les plaintes et les réclamations liées à la régulation médicale par un médecin généraliste représentaient 30 dossiers (79%), contre 8 (21%) pour les médecins régulateurs urgentistes.

Quand les dossiers ont été régulés par plusieurs régulateurs différents, seule la nature du premier régulateur ayant régulé l'appel a été retenue.

Douze dossiers (32%) ont fait l'objet d'une première régulation libérale puis d'une deuxième régulation par un médecin régulateur urgentiste. Parmi ces 12 dossiers, 10 ont fait l'objet de l'envoi d'un SMUR (83%).

VI.3.2.4. Répartition selon le motif d'appel

Les motifs d'appel concernaient principalement des pathologies médicales (n=37 (97 %)), un seul dossier (3 %) portait sur de la traumatologie. Pour les pathologies médicales, les motifs les plus fréquents concernaient l'appareil cardiovasculaire et respiratoire (n=8 (22%)), et ensuite neurologique et digestif (n= 7 (19%)). La classification « autres » regroupe les motifs pour fièvre (n=2 (5 %)), asthénie (n=3 (8 %)), douleurs diffuses ou paresthésies (n=2 (5 %)).

Parmi les dossiers régulés par les médecins urgentistes, les principaux motifs d'appels sont cardio-vasculaires (n=5 (62%)), respiratoires (n=2 (25 %)), puis neurologiques (n=1 (13 %)).

Pour les dossiers régulés par des médecins généralistes, les motifs concernaient majoritairement des pathologies digestives (n=7 (24 %)), puis de manière équivalente sur les appareils respiratoires et neurologiques, ainsi que les motifs classés dans « autres » (n=6 (20%)), 4 dossiers (13 %) portaient sur des affections cardiovasculaires, et un dossier (3 %) pour de la traumatologie.

VI.3.2.5. Répartition selon l'effecteur engagé

Pour 16 dossiers (42%), un conseil médical simple a été prodigué et aucun effecteur n'a été envoyé. Une consultation médicale a été conseillée dans 10 dossiers (26%) : chez SOS médecin ou à domicile par le médecin de garde (n= 6 (60 %)), par le médecin généraliste (n=2 (20%)), ou bien les urgences (n=2 (20%)).

Lorsqu'un moyen non médicalisé est intervenu, il s'agissait dans 8 dossiers d'une ambulance privée (73%), et dans 3 dossiers d'un VSAV (27 %).

Le SMUR est intervenu dans 1 dossier (3%) en tant que premier effecteur. Il est à noter que l'envoi d'un SMUR était recommandé dans un autre dossier, mais qu'une ambulance privée non médicalisée a été envoyée à la place pour cause de carence de SMUR.

L'intervention d'un SMUR en deuxième effecteur représente 13 dossiers (34%) de réclamations et de plaintes. Ils ne sont pas classés dans la catégorie « moyen médicalisé » lors de la description de l'effecteur engagé.

VI.3.2.6. Mortalité à 7 jours

La mortalité à 7 jours de la création du DRM des dossiers étudiés était de 37% (n=14)

VI.3.2.7. Caractéristiques des dossiers inclus

Les caractéristiques des dossiers inclus dans l'étude figurent dans le **tableau 4**.

Tableau 4: Caractéristiques des dossiers inclus dans l'étude

Age (moyenne, ans)		56
Sexe (n,%)	Femme	16 (42)
	Homme	22 (58)
Nombre d'appels par dossier (n, %)	1	15 (40)
	2	10 (26)
	≥ 3	13 (34)
Nombre de médecins régulateurs (n,%)	1	25 (66)
	2	9 (24)
	≥ 3	4 (10)
Type de régulation (n,%)	MRG	30 (79)
	MRU	8 (21)
Motif d'appel (n,%)	Traumatique	1 (3)
	Digestif	7 (18)
	Cardio-vasculaire	8 (21)
	Respiratoire	8 (21)
	Neurologique	7 (18)
	Autres	7 (18)
Effecteur engagé	Aucun	16 (42)
	Consultation médicale simple	10 (26)
	Moyen non médicalisé	11 (29)
	Moyen médicalisé	1 (3)

VI.3.3. Dossiers avec réclamation simple

VI.3.3.1. Population générale

La moyenne d'âge de ces patients était similaire à ceux du **tableau 4** (56 ans). Il y avait autant d'hommes que de femmes. (n=13 (50%)).

VI.3.3.2. Répartition selon l'heure

Il y avait davantage de dossiers réglés le jour (8h-20h) (n=18 (69%)), que la nuit (20h-8h) (n= 8 (31%)), dont 5 en nuit profonde (00h-8h).

VI.3.3.3. Répartition selon le mode de régulation

Sept appels (27%) ont été traités par des médecins régulateurs urgentistes et 19 appels (73%) par des médecins régulateurs généralistes.

VI.3.3.4. Répartition selon le motif d'appel

Les principaux motifs d'appel étaient de nature cardio-vasculaire ou respiratoire (n=6 (23%)). Il y avait 5 appels (19%) dont le motif a été classé dans « autres », qui comprenaient des appels pour asthénie (n=2), fièvre (n=2), ou douleurs diffuses. Les motifs d'appels les moins représentés étaient de nature digestive (n=4 (15%), neurologique (n=4 (15%), et traumatologique (n=1 (4%)).

VI.3.3.5. Répartition selon l'effecteur engagé

Concernant les effecteurs engagés, pour 9 dossiers (35 %) aucun effecteur n'a été engagé et un simple conseil médical a été prodigué. 5 patients (19%) ont été adressés en consultation. Un moyen non médicalisé a été envoyé pour 11 (42%) dossiers, dont 3 VSAV (27%) et 8 AP (73%). Un SMUR a été envoyé pour un seul dossier (4%).

L'ensemble des caractéristiques des 26 dossiers de réclamations simples sont résumés dans le **tableau 5**.

Tableau 5 : Caractéristiques des dossiers ayant mené à une réclamation simple

Nombre d'appels par dossiers (n,%)	1	14 (54)
	2	6 (23)
	≥ 3	6 (23)
Type de régulation (n,%)	MRG	19 (73)
	MRU	7 (27)
Nombre de médecin régulateur par dossier (n,%)	1	22 (85)
	2	2 (8)
	≥ 3	2 (8)
Tranche horaire appel (n,%)	Journée (8h-20h)	18 (69)
	Garde (20h-8h)	8 (31)
Motifs d'appel (n,%)	Traumatique	1 (4)
	Digestif	4 (15)
	Cardio-vasculaire	6 (23)
	Respiratoire	6 (23)
	Neurologique	4 (15)
	Autres	5 (19)
Effecteur engagé (n,%)	Aucun	10 (38)
	Consultation médicale simple	5 (20)
	Moyen non médicalisé	10 (38)
	Moyen médicalisé	1 (4)

VI.3.3.6. Répartition selon le motif de mécontentement

La majorité des réclamations portaient sur une erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le médecin régulateur (n= 15, (58%)).

Onze patients (42%) ont considéré que les moyens engagés ou que leur orientation ne correspondaient pas à leur état.

Un dysfonctionnement de l'effecteur a été retenu dans 8 dossiers (31 %).

Un défaut de communication était déploré dans 6 dossiers (23 %) et portait sur un ton déplacé employé par l'ARM (n=2, (8%)), ou le médecin régulateur (n=4, (15%)).

Le délai d'arrivée des moyens a été jugé trop long dans 3 dossiers (12%), et le délai de réponse téléphonique dans un dossier (4%).

Un dossier a été classé dans autres, le motif de mécontentement portait sur un défaut de communication inter service.

Les motifs de mécontentements sont répertoriés dans le **tableau 6**. Un même dossier pouvait comporter plusieurs motifs de mécontentement.

Tableau 6 : Motif de mécontentement des dossiers avec réclamation simple

Motif de mécontentement (n,%)	<i>Délai de réponse téléphonique</i>	1 (4%)
	<i>Délai d'arrivée des moyens engagés</i>	3 (12%)
	<i>Inadéquation des moyens engagés ou de l'orientation</i>	11 (42%)
	<i>Erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le MR</i>	15 (58%)
	<i>Défaut de communication de l'ARM</i>	2 (8%)
	<i>Défaut de communication du MR</i>	4 (15%)
	<i>Dysfonctionnement de l'effecteur</i>	8 (31%)
	<i>Autres</i>	1 (4%)

VI.3.3.7. Répartition selon le service d'hospitalisation final et mortalité à J7

Quatre patients (15%) sont décédés lors de leur prise en charge au domicile et donc ont été laissés sur place.

Parmi les 26 dossiers étudiés, 17 (65%) ont finalement été adressés vers un centre hospitalier, dont 5 dossiers (30%) pour lesquels un simple conseil médical avait été prodigué au premier appel.

Les patients étaient principalement admis dans des services d'urgence (n=6 (35%)) sans hospitalisation au décours. Parmi les patients hospitalisés, les services les plus fréquents étaient la cardiologie (n=3 (18%)) ou la neurologie (n=3 (18%)) ainsi que la réanimation (n=2 (12%)). Dans la catégorie autre figurait un patient hospitalisé en chirurgie pédiatrique, un patient hospitalisé en gériatrie et enfin un patient hospitalisé en hépato gastro entérologie.

La mortalité à J7 des patients admis à l'hôpital était de 18% (n=3).

Les services d'hospitalisation de ces patients et la mortalité à J7 est présenté dans le **tableau 7**.

Tableau 7 : Devenir des patients avec réclamation simple adressés vers un centre hospitalier

Service d'hospitalisation (n,%)	Urgences	6 (35%)
	Réanimation	2 (12%)
	Cardiologie	3 (18%)
	Neurologie	3 (18%)
	Autres	3 (18%)
Mortalité à J7 (n,%)	Décès	3 (18%)

VI.3.4. Dossiers de plainte

De 2019 à 2023, on compte 12 dossiers ayant fait l'objet d'une plainte recueilli au SAMU 87.

VI.3.4.1. Population générale

L'âge moyen de ces patients était de 56 ans. Parmi les patients étudiés, 3 (25 %) étaient des femmes et 9 (75%) étaient des hommes.

VI.3.4.2. Répartition selon le mode de régulation

Ils concernaient pour 92% (n=11) la régulation médicale généraliste et pour un dossier la régulation médicale urgentiste.

Parmi 11 dossiers traités par les médecins régulateurs libéraux, 8 (73%) ont fait l'objet d'une deuxième régulation par un médecin régulateur urgentiste.

VI.3.4.3. Répartition selon l'heure de l'appel

Les appels ayant fait l'objet de plaintes survenaient autant la nuit que le jour (n=6 (50%)), dont 3 (25%) en nuit profonde (00h-8h).

VI.3.4.4. Répartition selon le nombre d'appel pour un même DRM

Sept dossiers (58%) ont fait l'objet de 3 appels ou plus, 4 dossiers (33%) ont motivé 2 appels et un seul dossier (8%) a fait l'objet que d'un appel.

Parmi ces dossiers, 8 (67%) ont été régulés par 2 régulateurs différents, 2 dossiers (17%) ont été régulés par 3 régulateurs différents ou plus, et deux dossiers (17%) ont été régulés par un seul régulateur.

VI.3.4.5. Répartition selon le motif d'appel

Les motifs d'appels étaient majoritairement neurologiques et digestifs (n=3, (25%)), puis cardio-vasculaires et respiratoires (n=2 (17%)). Concernant les deux dossiers classés dans autres, les motifs d'appel portaient sur de la fièvre et des paresthésies diffuses.

VI.3.4.6. Répartition selon l'effecteur engagé

Concernant les moyens envoyés, 6 dossiers (50%) ont fait l'objet d'un conseil médical simple, 5 patients (42%) ont été adressés en consultation, et 1 patient (8%) a bénéficié d'un moyen de transport non médicalisé de type AP pour cause de carence de SMUR. Il n'y a pas eu de transport médicalisé envoyé.

Un patient n'a finalement pas été transporté pour cause de décès au domicile.

VI.3.4.7. Caractéristiques des dossiers de plainte

Leurs caractéristiques figurent dans le **tableau 8**.

Tableau 8 : Caractéristiques des dossiers de plainte

Nombre d'appels par dossiers (n,%)	1	1 (8)
	2	4 (33)
	≥ 3	7 (58)
Type de régulation (n,%)	MRG	11 (92)
	MRU	1 (8)
Nombre de médecin régulateur par dossier (n,%)	1	2 (17)
	2	8 (67)
	≥ 3	2 (17)
Tranche horaire appel (n,%)	Journée (8h-20h)	6 (50)
	Garde (20h-8h)	6 (50)
Motif d'appel (n,%)	Neurologique	3 (25)
	Digestif	3 (25)
	Cardio-vasculaire	2 (17)
	Respiratoire	2 (17)
	Autres	2 (17)
Effecteur engagé (n,%)	Conseil médical	6 (50)
	Consultation	5 (42)
	Moyen non médicalisé	1 (8)
	Moyen médicalisé	0
Service d'hospitalisation (n,%)	Urgences	4 (33)
	Réanimation	5 (42)
	Cardiologie	1 (8)
	Neurologie	1 (8)
	Non transporté	1 (8)
Mortalité à J7 (n,%)	Décès	7 (58)

VI.3.4.8. Répartition selon leur motif de mécontentement

La majorité des réclamations portaient sur une erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le médecin régulateur (n= 8, (67%)).

Sept patients (58%) ont considéré que les moyens engagés ou que leur orientation ne correspondaient pas à leur état.

Un dysfonctionnement de l'effecteur a été retenu dans 1 dossiers (8%). Un défaut de communication était déploré dans 7 dossiers (58 %) et portait sur un ton déplacé employé par l'ARM (n=3, (25%)), ou le médecin régulateur (n=4, (33%)).

Le délai d'arrivé des moyens a été jugé trop long dans un seul dossier, et le délai de réponse téléphonique dans deux dossier (17%).

Un dossier a été classé dans autres, le motif de mécontentement portait sur une non-évaluation du patient au domicile par le médecin traitant, ayant ensuite induit le régulateur en erreur et mené à un retard de prise en charge délétère au patient.

Les motifs de mécontentement sont répertoriés dans le **tableau 9**. Un même dossier pouvait comporter plusieurs motifs de mécontentement.

Tableau 9 : Motif de mécontentement des dossiers ayant fait l'objet d'une plainte

Motif de mécontentement (n,%)		
	<i>Délai de réponse téléphonique</i>	2 (17%)
	<i>Délai d'arrivée des moyens engagés</i>	1 (8%)
	<i>Inadéquation des moyens engagés ou de l'orientation</i>	7 (58%)
	<i>Erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le MR</i>	8 (67%)
	<i>Défaut de communication de l'ARM</i>	3 (25%)
	<i>Défaut de communication du MR</i>	4 (33%)
	<i>Dysfonctionnement de l'effecteur</i>	1 (8%)
	<i>Autres</i>	1 (8%)

VI.3.4.9. Répartition selon le service d'hospitalisation final et la mortalité à J7

Parmi les dossiers ayant motivé une plainte, un patient est décédé lors de sa prise en charge au domicile et a été laissé sur place.

Parmi les autres patients, tous ont finalement été adressés vers un centre hospitalier, dont 5 dossiers (42%) pour lesquels un simple conseil médical avait été prodigué au premier appel.

Quatre patients (33%) ont juste eu une consultation simple aux urgences sans hospitalisation par la suite.

Cinq patients (45%) ont été admis en réanimation, 1 patient a été hospitalisé en cardiologie, et un patient a été hospitalisé en neurologie.

La mortalité à J7 des patients ayant fait l'objet d'une plainte a été de 58% (n=7), et celle des patients adressés vers un centre hospitalier de 55% (n=6).

Les services d'hospitalisation de ces patients et la mortalité à J7 sont présentés dans le **tableau 10**.

Tableau 10 : Devenir des patients adressés vers un centre hospitalier et dont le dossier a fait l'objet d'une plainte

Service d'hospitalisation (n,%)	Urgences	3 (27%)
	Réanimation	5 (45%)
	Cardiologie	1 (8%)
	Neurologie	2 (18%)
Mortalité à J7 (n,%)	Vivants	5 (45%)
	Décès	6 (55%)

VI.3.5. Caractéristique des dossiers selon leur type de régulation

VI.3.5.1. Population générale

La moyenne d'âge des dossiers pris en charge par les médecins régulateurs libéraux était de 56 ans, et de 54 ans pour ceux traités par les médecins régulateurs urgentistes.

VI.3.5.2. Répartition selon le nombre d'appel

Les appels par dossier étaient plus nombreux pour les DRM traités par les médecins régulateurs libéraux ; en effet 70% dossiers comportent plusieurs appels pour les médecins généralistes, contre 25% chez les médecins régulateurs urgentistes.

VI.3.5.3. Répartition selon le motif d'appel

Les motifs d'appels régulés par les médecins urgentistes étaient majoritairement cardio-vasculaire (n=5 (62%)) et respiratoire (n=2 (25%)).

Les dossiers régulés par les médecins généralistes concernaient principalement des affections digestives (n=7 (23%)) et celles classées dans « autres » (n=7 (23%)), puis respiratoires et neurologiques (n=6 (20%)) et enfin cardio-vasculaires (n=3 (10%)).

VI.3.5.4. Répartition selon l'effecteur engagé

Les médecins urgentistes ont déclenché des moyens pour 6 des 8 dossiers régulés (75 %) ayant fait l'objet d'une réclamation ou d'une plainte : médicalisé (n=1 (13%)), ou non

médicalisé (n= 5 (63 %)), dont un (25 %) pour lequel une ambulance privée seule a dû être envoyée pour carence de SMUR.

Les médecins régulateurs généralistes ont prodigué un conseil médical pour 16 des 30 dossiers (53 %) régulés par leurs soins. Ils ont envoyé un moyen non médicalisé dans 6 dossiers (20 %), et adressé les patients en consultation dans 8 dossiers (27%).

VI.3.5.5. Répartition selon le motif de mécontentement

Le principal motif de mécontentement pour les dossiers régulés par des médecins généralistes était une erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le médecin régulateur (n=19 (63%)), puis une inadéquation entre les moyens engagés ou l'orientation du patient avec son état clinique (n=15 (50%)), un défaut de communication de la part du médecin régulateur (n=7 (23%)), ainsi qu'un délai de réponse téléphonique (n=3 (10%)).

Pour les dossiers régulés par les médecins urgentistes, les principaux reproches concernaient une inadéquation entre les moyens engagées ou l'orientation du patient avec son état (n=3 (37%)), une erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le médecin régulateur, et un dysfonctionnement de l'effecteur (n=3 (37%)).

VI.3.5.6. Mortalité à J7

La mortalité à J7 pour les médecins régulateurs généralistes était de 24% (n=9) et de 63 % (n=5) chez les médecins régulateurs urgentistes.

VI.3.5.7. Synthèse

Les caractéristiques des dossiers selon leur mode de régulation, généraliste ou urgentiste, sont décrites dans le **tableau 11**.

Tableau 11 : Caractéristique des dossiers selon leur type de régulation

		MRU	MRG
Age (moyenne, ans)		54	56
Sexe (n,%)	Femme	3 (37)	12 (40)
	Homme	5 (63)	18 (60)
Nombre d'appels par dossier (n,%)	1	6 (75)	9 (30)
	2	2 (25)	8 (27)
	≥ 3	0	13 (43)
Motifs d'appel (n,%)	Traumatique	0	1 (3)
	Digestif	0	7 (23)
	Cardio-vasculaire	5 (62)	3 (10)
	Respiratoire	2 (25)	6 (20)
	Neurologique	1 (13)	6 (20)
	Autres	0	7 (23)
Effecteur engagé (n,%)	Conseil médical simple	0	16 (53)
	Consultation médicale simple	2 (25)	8 (27)
	Moyen non médicalisé	5 (63)	6 (20)
	Moyen médicalisé	1 (13)	0
Motif de mécontentement (n,%)	Délai de réponse téléphonique	0	3 (10)
	Délai d'arrivée des moyens engagés	2 (25)	2 (7)
	Inadéquation des moyens engagés ou de l'orientation	3 (37)	15 (50)
	Erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le MR	3 (37)	19 (63)
	Défaut de communication de l'ARM	1 (13)	3 (10)
	Défaut de communication du MR	0	7 (23)
	Dysfonctionnement de l'effecteur	3 (37)	5 (17)
	Autres	1 (13)	1 (3)

VII. Discussion

Le système de santé français a fortement évolué ces dernières années, et l'activité des SAMU/SMUR/Centre 15 a dû s'adapter en conséquence. Les besoins et les demandes de soin de la population française ont changé, notamment avec la suppression de l'obligation de garde des médecins libéraux en 2003. (19) Entre 2014 et 2021, le nombre d'appels reçu par les SAMU est passé de 26 à 32,3 millions, soit une augmentation de 22% (54). Cette hausse est due principalement à une augmentation des demandes de soins non programmés par la médecine de ville, qui représente la principale catégorie des DRM, ainsi qu'à la croissance de la demande de soins urgents non vitaux nécessitant des transports sanitaires pré hospitaliers non médicalisés. Cette évolution des pratiques est à mettre en parallèle d'un changement de perception du système de santé, avec une judiciarisation de la médecine (3), qui est de plus en plus souvent perçue comme un service avec une obligation de résultats.

Entre 2020 et 2023 au sein du SAMU 87, le nombre d'appels décrochés a augmenté de 17% et le nombre de DRM créés de 19 %, ce qui est en accord avec le contexte précédemment décrit. L'incidence des réclamations et des plaintes envers le SAMU 87 est relativement peu élevée sur la période étudiée (11,21 pour 100 000 DRM en 2023). Malheureusement, nous n'avons pas de données fiables de comparaison sur le plan national avec les autres SAMU. Malgré l'augmentation du nombre d'appels, l'incidence des plaintes et des réclamations reste faible et a été multipliée par 1,5 sur les cinq ans (**Tableau 3**).

A titre de comparaison, le rapport d'activité de la commission des usagers rapporte que le CHU de Limoges a reçu 325 réclamations en 2022, dont le principal motif était une suspicion de dommages associés aux soins (43/325 réclamations, soit 13%). Le service des urgences adultes est le principal concerné, avec 22% des réclamations (70 dossiers). Sur le plan du contentieux, le tribunal administratif a été saisi dans 18 dossiers, dont 4 dans lesquels le CHU de Limoges est reconnu responsable du préjudice invoqué. La CCI a été saisie dans 20 dossiers, dont 10 dans lesquels la responsabilité du CHU de Limoges vis-à-vis du préjudice invoqué n'est pas retenue. (55)

Le premier élément à relever dans notre étude est une répartition des plaintes et des réclamations inégales entre la régulation généraliste (79%) et urgentiste (21%) à mettre en comparaison avec le nombre de DRM traités par les médecins régulateurs libéraux (66%) et urgentistes (34%) en moyenne.

On remarque une répartition non homogène des plaintes et des réclamations sur le nycthémère. Ainsi, la majeure partie des dossiers inclus dans l'étude ont été créés en journée (63%) plutôt que la nuit (37%), dont relativement peu en nuit profonde (21% des dossiers de la nuit). Ceci peut s'expliquer par la répartition des appels sur les 24 heures, avec plus d'appels en journée que la nuit. Cependant, la nuit reste une période à risque, avec davantage de fatigue, et un régulateur moins souvent devant son poste de travail, notamment en nuit profonde.

Il apparaît dans notre étude que 60% des dossiers ont fait l'objet de deux appels ou plus, dont 70% des dossiers des MRG. La survenue d'un nouvel appel pour un même dossier doit alerter le médecin régulateur, d'autant plus qu'il est répété à de nombreuses reprises. Il constitue un signe de gravité, et doit faire réécouter et réinterroger l'appelant à la recherche d'éléments nouveaux pouvant modifier la prise en charge initiale.

Cette étude retrouvait que 10 dossiers litigieux avaient fait l'objet d'une régulation généraliste initiale à une ou plusieurs reprises puis avaient finalement été régulés par un médecin régulateur urgentiste. Parmi ces 10 dossiers, 8 ont finalement fait l'objet d'un déclenchement de SMUR. La question de la pertinence de l'orientation initiale de ces appels au niveau des ARM peut alors se poser. L'analyse approfondie de ces 10 dossiers retrouve une pathologie cardio-vasculaire pour 3 d'entre eux : 2 dossiers concernaient un syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST (SCA ST+) et un dossier concernait une insuffisance cardiaque aiguë. On retrouvait une pathologie respiratoire pour 4 dossiers, dans un contexte d'infections à Covid 19 sur la période étudiée. Un des dossiers concernait un asthme aigu grave dont la gravité initiale avait été sous-évaluée. Une sensibilisation et une mise à jour des protocoles de régulation ont été réalisées à la suite de cet événement concernant la régulation et la prise en charge de l'asthme aigu grave.

La différence de régulation et d'appréciation de la gravité entre les médecins régulateurs urgentistes et généralistes comporte un biais. En effet, l'ARM présente le dossier et son contexte avant de passer chaque appel au médecin régulateur urgentiste, mais ne le fait pas pour le médecin régulateur généraliste en raison du nombre d'appels et de leur caractère moins urgent. Ces appels sont placés dans la salle d'attente du régulateur en attendant d'être décrochés. Ainsi, les régulateurs généralistes ne bénéficient pas de la première impression sur la gravité de l'état clinique du patient de la part de l'ARM.

Les dossiers traités par les médecins régulateurs urgentistes étaient en moyenne plus jeunes (54 ans vs 56 ans) et plus graves (mortalité à J7 à 63% chez les urgentistes et 24% chez les généralistes), ce qui peut se justifier par le fait que les médecins urgentistes ne traitent que les dossiers graves relevant de l'urgence vitale, avec des patients plus à risque de décès à court et moyen terme. Selon les protocoles en vigueur, les MRU prennent en charge tous les appels concernant des enfants de moins de 3 mois. Ce protocole est en train d'évoluer et va concerner tous les enfants de moins de 6 mois.

Le SMUR est intervenu dans un seul dossier (3%) en tant que premier effecteur, et a été déclenché dans 13 dossiers (34%) en tant que deuxième effecteur. Le guide de SAMU de France rappelle l'importance de la pertinence de la première réponse (27). L'envoi préalable d'un premier effecteur afin de vérifier la nécessité de l'engagement d'un SMUR de deuxième intention arrive principalement en cas de doute sur la gravité de l'état du patient, et/ou d'éloignement trop important. Cette stratégie de régulation est d'autant plus pénalisante pour le patient qu'il supporte un délai supplémentaire pour que le SMUR arrive auprès de lui. Le Limousin est un milieu rural avec des distances souvent importantes pour parvenir jusqu'aux domiciles. L'intervention de médecin correspondant SAMU, l'utilisation de l'hélicoptère et la réalisation de jonction sur la route entre le premier effecteur et le SMUR permettent d'atténuer ces distances. De plus, il est toujours possible d'annuler un SMUR après son envoi en cas de bilan rassurant passé par le premier intervenant. Lorsque le patient se trouve dans une zone limitrophe de plusieurs départements, le médecin régulateur peut faire appel à d'autres SAMU pour le déclenchement d'autres SMUR ou l'utilisation de plateau technique spécialisé plus proche du patient.

Les motifs d'appel pour affection cardio-vasculaire représentaient 21% des plaintes et des réclamations, dont 62% chez les MRU. Les motifs d'appel neurologiques représentaient eux 18% des plaintes et des réclamations, dont 20 % chez les MRG. Ces différences s'expliquent par la mise en place de protocole au sein de la régulation du SAMU 87. Ainsi, tout appel pour douleur thoracique est adressé au MRU afin que tout SCA soit orienté dans la filière

coronarographie, ainsi que tout déficit neurologique pouvant placer le patient dans la filière *Stroke*. Les réclamations pour motif neurologiques ayant fait l'objet de plaintes et de réclamations et régulés par les MRG sont principalement des appels pour céphalées inhabituelles faisant révéler lors de la prise en charge une hémorragie méningée. Cette étude a pu mettre en évidence un défaut de régulation de cette pathologie avec un défaut d'identification dû à une mauvaise sensibilisation des ARM et des médecins généralistes aux facteurs de gravités d'une céphalée inhabituelle qui persiste avec apparition d'un déficit neurologique. On relève également deux dossiers régulés par des MRG dont le motif initial d'appel était digestif, et dont le diagnostic final était un SCA ST+ dans le territoire inférieur. Un des deux patients est décédé par défaut d'identification des éléments de gravité et du retard de prise en charge. Le SCA ST+ impactant le territoire inférieur peut en effet mimer une pathologie digestive initialement, avec la survenue d'une douleur épigastrique constrictive accompagnée d'éructions, il faut donc sensibiliser les MRG à l'évocation de ce diagnostic pour une douleur de ce type chez un patient ayant des facteurs de risque cardio vasculaire et en chercher les facteurs de gravité.

Les pathologies respiratoires étaient également fortement représentées dans notre étude, mais à replacer dans un contexte d'épidémie de SARS-CoV-2 survenue durant la période explorée.

Un défaut de comportement a été identifié dans 6 dossiers de réclamations (23%), dont 2 de la part de l'ARM et 4 du médecin régulateur. On compte 7 dossiers de plainte pour ce motif (58 %), dont 3 de la part d'un ARM et 4 du médecin régulateur. Les médecins régulateurs impliqués étaient uniquement des MRG, ce qui peut s'expliquer par le fait que les MRU reçoivent durant leur internat une formation approfondie à la régulation médicale, par des séances de simulation, des écoutes de bandes anonymisés et un apprentissage à la régulation médicale en double écoute et sous supervision d'un médecin sénior expérimenté. Les écoutes de bande n'ont pas toujours objectivé le motif de mécontentement reproché, mais nous pouvons supposer que les écarts de comportement attisent la colère et incitent davantage les patients à émettre des reproches. Ainsi, une sensibilisation de la bonne posture à adopter est à effectuer auprès des acteurs de régulation. De plus, il faut intégrer le fait que le téléphone nous prive de la vision des émotions de notre interlocuteur, ce qui peut induire une distance et doit parfois nous faire exagérer l'empathie.

Le délai de réponse téléphonique était un motif de plainte ou de réclamation pour seulement 3 dossiers (8%). Le taux d'accueil de 98% et le QS 60 moyen à 94% du SAMU 87 n'atteignent pas encore les objectifs nationaux mais ont augmenté dernièrement avec le recrutement d'ARM.

L'analyse des plaintes et des réclamations a montré que les dossiers ayant fait l'objet d'une médiation, d'une procédure administrative ou judiciaire concernaient davantage la régulation généraliste (n=11 (92%)) qu'urgentiste (n=1 (8%)). On peut noter que parmi les dossiers régulés ayant entraîné des plaintes, le taux de mortalité est de 58% (n=7) ; alors qu'il n'est que de 26% (n=7) pour les dossiers de réclamation. Nous pouvons donc supposer que le décès du patient dans les suites d'une prise en charge du SAMU est plus propice à l'engagement d'une procédure. Ce sont en général des décès brutaux et inattendus, dans des circonstances parfois traumatisantes pour l'entourage. Il faut rappeler que le médecin régulateur et l'équipe soignante jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement au deuil des familles.

La proportion de réclamations simples rapportées au nombre total de plaintes et de réclamations est relativement importante (69%). Nous pouvons supposer que pour une grande partie des patients, la qualité de la réponse écrite apportée par le SAMU leur a permis de mieux comprendre la prise en charge apportée, et ainsi éviter des procédures administratives et judiciaires ultérieures.

Parmi les plaintes, la majorité ont consisté en une simple médiation (92%). Ceci renforce notre conviction que la plupart des familles et des patients ont besoin d'explications, notamment dans leur processus de deuil, mais ne cherchent pas forcément la mise en cause d'un tiers surtout en l'absence de faute.

Une déclaration d'EIG a été réalisé pour 5 dossiers parmi les 38 étudiés. Ils ont tous conduit à des RMM, dont les conclusions ont été envoyées à l'ARS et ont pour vocation de faire évoluer les pratiques. Le nouveau logiciel de régulation EXOS faisait partie de ces propositions, avec une meilleure pratique de la visio régulation et de la géolocalisation. Une mise en place du dossier médical partagé a également été évoqué pour l'avenir. La formation initiale et continue des ARM et des médecins régulateurs généralistes s'est approfondis, avec l'écoute de bande de régulation anonymisées, et une revue des cas de régulations difficiles.

Il faut noter qu'un certain nombre de dossiers n'ont pas fait l'objet de plaintes ou de réclamations mais ont pourtant fait l'objet d'une déclaration d'EIG et de la réalisation d'une RMM ensuite.

Certains dossiers ont également eu des conséquences négatives sur le personnel, avec la démission d'ARM ou de médecins régulateurs.

VII.1. Limites de l'étude

VII.1.1. Limites de la méthode

Notre recueil de données est incomplet et deux dossiers ont dû être exclus de l'étude car incomplets ou manquants.

Nous n'avons pas fait d'étude spécifique sur les dossiers ayant mené à une déclaration d'EIG. Or, certains patients n'effectuent pas de réclamations ou de plaintes, mais un dysfonctionnement est pourtant relevé dans les prises en charge, et fait l'objet d'une RMM menant aux changements des pratiques.

VII.1.2. Limites des résultats

Nous n'avons pas été en mesure de récupérer les statistiques des DRM intéressant spécifiquement la pédiatrie ou les personnes âgées. De même, la répartition des DRM selon les créneaux horaires de manière uniforme et lissée par an n'a pas pu être étudiée.

L'exploitation des indicateurs qualitatifs n'a pas pu être effectué, il aurait été intéressant d'analyser le QS 60 lors de la création du DRM ayant mené à une plainte ou une réclamation afin de juger de la charge de travail à ce moment-là en salle de régulation.

L'absence de données nationales sur l'analyse des plaintes et des réclamations des SAMU de France ne permet pas d'extrapoler nos résultats.

Le faible taux de procédures administratives et judiciaires, ainsi que l'absence de conclusion des procédures en cours sont à apprécier en tenant compte du fait que ce sont des procédures longues, et que nous ne bénéficions pas d'un recul suffisant à ce jour.

Enfin, la démarche d'une réclamation ou d'une plainte reste une donnée subjective, selon l'expérience et le vécu du patient, de sa famille ou de ses ayants droits. Ceci permet une revue des dossiers de manière approfondie, et parfois une mise en évidence d'erreurs de prise en charge non relevées auparavant ; mais certains dossiers de plaintes ou de réclamations ne comportent pas d'erreur ou de dysfonctionnement.

VII.2. Perspectives

L'actualité a mis en lumière des dysfonctionnements auprès de certains SAMU. D'après les recommandations de la HAS, une mise en place d'une démarche qualité par la réalisation de CREX et de RMM au moins de manière annuelle est à l'étude.

Un des axes d'amélioration proposé au sein du SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges serait la mise en place d'un logiciel de simulation haute-fidélité (Simulphone de chez Anthropi), fonctionnant avec l'intelligence artificielle. Il permettrait une possibilité de formation plus large et plus complète accessible à tous les acteurs de régulation (ARM, MRG, MRU).

Il conviendrait également de sensibiliser les régulateurs à la déclarations d'EIG permettant une revue plus systématisée des dossiers sensibles, avec la mise en place de protocoles pour les motifs d'appels à risque de complication.

Conclusion

La régulation médicale est un exercice spécifique, nécessitant une connaissance médicale large, une capacité de décision rapide et des compétences en communication afin de répondre à des situations diverses. Elle a évolué ces dernières années, pour devenir un pivot entre la PDSA et l'hôpital, tout en conservant un domaine d'action spécifique dans la médecine d'urgence pré hospitalière. Ainsi, le nombre et la diversité des appels ont augmenté.

Cette étude s'intègre dans une démarche de qualité visant à perfectionner nos pratiques, et a permis d'analyser les caractéristiques, les facteurs favorisant et les conséquences des dossiers ayant fait l'objet de plaintes ou de réclamations au sein du SAMU/SAS/centre 15 du CHU de Limoges entre 2019 et 2023.

Cette analyse a permis de mettre en avant la faible sinistralité de la régulation médicale du SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges en terme de plaintes et de réclamations des usagers (9 dossiers litigieux pour 89196 DRM en 2023). Nous pouvons retenir de cette analyse l'importance de la communication, autant lors de l'appel avec l'adéquation du contrat de soin par le patient, que dans le traitement des réclamations et des plaintes, par les explications fournies aux patients et à leur famille dans les courriers de réponse ou en médiation.

Certaines situations à risque telles que les céphalées et les infarctus mimant une pathologie digestive ont été mises en évidence et ont pu faire l'objet d'un travail permettant la mise en place de protocoles spécifiques.

Enfin, nous avons pu constater une démarche qualité satisfaisante au sein de notre service par le fait que la majorité des dossiers litigieux soient individualisés en interne, indépendamment de la plainte du patient, par la déclaration d'EIG.

Références bibliographiques

1. Article L6311-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].
2. Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.
3. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Les Tribunes de la santé*. 2004;5(4):39-46.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. Un guide pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des SAMU.
5. *Le Parisien*. Amputé à 20 ans après une fracture : son incroyable conversation avec le Samu.
6. France Bleu et France 3. Mort de Naomi Musenga à Strasbourg : tout savoir sur le procès de l'opératrice du Samu.
7. DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Assistant(e) de régulation médicale.
8. Haute Autorité de Santé. SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
9. Haute Autorité de Santé - Un guide pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des SAMU [Internet].
10. Secours Médical de France: Historique des SAMU-SMUR [Internet]. Secours Médical de France.
11. Lepresle. Urgence de réanimer, limites d'une réanimation. In: *Fins de vie, éthique et société* [Internet]. Toulouse: Érès; 2012. p. 179-89. (Société - Poche).
12. Danel PV. Urgences préhospitalières un peu d'histoire.
13. Sanchez S. Carius retrace l'histoire du métier d'ambulancier, de l'antiquité à 1973 [Internet]. Carius. 2020
14. Arrêté du 6 juillet 1959 Secours aux victimes des accidents de la route.
15. Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 - Légifrance [Internet].
16. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
17. Décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres. 87-965 nov 30, 1987.
18. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.. 87-1005 déc 16, 1987.
19. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) - Légifrance [Internet].
20. Régulation médicale argumentaire [Internet].
21. Article 8 - Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet].
22. Giroud M. La qualité en régulation médicale. 2007;
23. Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].
24. Penverne DY. Assistant de régulation médicale.
25. Décret n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie C de la fonction publique hospitalière. 90-839 sept 21, 1990.
26. Décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale. 2019-747 juill 19, 2019.
27. Guide de régulation médicale / Samu - Urgences de France [Internet].
28. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation*. déc 2009;18(8):737-41.
29. Hamelin PL, Arzalier JJ. Risques de la régulation médicale en médecine d'urgence. *Médecine & Droit*. 1 avr 2018;2018(149):39-46.
30. Article L6314-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].
31. Guide méthodologique qualité SAMU [Internet].
32. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].
33. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux professionnels de santé correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
34. Marième A. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS)

déclarés concernant les SAMU-SMUR. 2020;

35. DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Les événements indésirables associés aux soins - EIAS.
36. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.. 87-1005 déc 16, 1987.
37. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Le service d'accès aux soins (SAS).
38. SOS MÉDECINS. La permanence de soins en France.
39. Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier.
40. Article L1142-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].
41. Léger A, Manaouil C, Montpellier D, Moquet-Anger ML, Pierre P. Responsabilité médicale et expertise : de la loi du Talion à la loi Kouchner. *Médecine & Droit*. 2023;2023(178):7-12.
42. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. 1999
43. Barbot J. Aux frontières de l'irresponsabilité médicale. Les médecins en procès au début du XIXe siècle. *Sciences sociales et santé*. 24 déc 2018;36(4):65-92.
44. Article 6 - Code de déontologie médicale - Légifrance
45. Article 1147 - Code civil - Légifrance [Internet].
46. Article R4127-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].
47. Article L134-4 - Code général de la fonction publique - Légifrance [Internet].
48. Article 121-1 - Code pénal - Légifrance [Internet].
49. Article 121-2 - Code pénal - Légifrance [Internet].
50. Article L4121-2 - Code de la santé publique - Légifrance. [Internet]
51. Article L134-3 - Code général de la fonction publique - Légifrance [Internet].
52. Les CCI - Oniam [Internet].
53. SFMU – Référentiel métier Assistant de régulation médicale. 2016
54. Cour des comptes. Sécurité sociale ; Chapitre V, les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre. 2023.
55. CHU de Limoges. Rapport de la commission des usagers 2022.

Annexes

Annexe 1. Circonstances pouvant entrainer un engagement réflexe du SMUR par l'ARM (31)	92
Annexe 2. Extrait de la convention de partenariat CHU – Urgence médecin 87	93

Annexe 1. Circonstances pouvant entraîner un engagement réflexe du SMUR par l'ARM (31)

- Arrêt cardio respiratoire de type « mort subite » (la « découverte de cadavre » ne justifie par l'envoi du SMUR).
- Accident à cinétique élevée (défenestration, projection...)
- Accident du trafic avec piéton ou conducteur de deux roues, inerte.
- Écrasement permanent d'un membre ou du tronc, ensevelissement complet.
- Pendaison très récente, dépendu.
- Signes évidents de détresse vitale à la suite :
 - D'une plaie par arme à feu multiple ou de l'extrémité céphalique ou du tronc ;
 - D'une plaie par arme blanche cervico-faciale, thoracique, abdominale.
- Section complète au-dessus du métacarpe ou du métatarse.
- Accident grave de machine agricole professionnelle.
- Accident électrique avec haute tension ou foudre.
- Noyade récente, si la victime est sortie de l'eau et les signes de détresse vitale évidents.
- Accouchement : le bébé est né ou une partie de l'enfant est visible à la vulve.

Annexe 2. Extrait de la convention de partenariat CHU – Urgence médecin 87

CONVENTION DE COOPERATION

RELATIVE A LA PARTICIPATION DES MEDECINS GENERALISTES

A LA REGULATION MEDICALE DU SAMU 87 – CENTRE 15

Entre :

D'une part, Le **Centre Hospitalier Universitaire de Limoges**,

Sis 2 avenue Martin Luther King- 87024 LIMOGES cedex
Représenté par sa Directrice Générale, **Madame Pascale MOCAËR**
Siège du SAMU 87 -Centre 15
Ci-après désigné << le CHU >>

Et

D'autre part, **L'Association « Urgence Médecins 87 »**

Sise 19 rue Cruveilhier- 87000 LIMOGES
Représentée par sa Présidente, **Madame Martine PREVOST**
Ci-après désignée << l'Association >>

Ci-après conjointement désignées << les parties >>

PREAMBULE:

La Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire (ci-après PDSA) est une mission de service public ayant pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et des centres de santé.

Cette mission est assurée en collaboration avec les établissements de santé par les médecins mentionnés à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale.

L'organisation de la PDSA fait l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine qui fixe, pour l'ensemble du territoire régional, les principes généraux d'organisation et de rémunération retenus.

L'accès au médecin de garde, pendant les heures de Permanence Des Soins (ci-après PDS), se fait après la régulation médicale des appels.

Conscientes que l'existence d'une régulation mixte (Aide Médicale Urgente, ci-après AMU, et PDSA) coordonnée est un gage d'efficacité de la permanence des soins, les parties à la présente convention ont la volonté de collaborer dans ce sens.

Conformément aux dispositions réglementaires, la participation des médecins libéraux est déterminée par l'établissement d'une convention de coopération, préalablement approuvée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine (ci-après ARS NA), après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne (ci-après CDOM).

En application des textes visés ci-dessous, les médecins libéraux membres de l'Association participent, sur le mode du volontariat, à la régulation médicale du SAMU 87-Centre 15.

Leur participation est subordonnée au respect du présent contrat et à la condition d'exercer une activité libérale.

- vu la loi n°2009-879, du 21 juillet 2009, modifiée, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires,
- vu les articles L.6314-1 à L.6314-3 et R.6311-8 à R.6311-13 du Code de la Santé Publique,
- vu le décret 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités qui participent au service d'aide médicale urgente appelées SAMU, et notamment son article 3 alinéa 1° sur l'écoute permanente,
- vu le décret 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins,
- vu le décret 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé et notamment la section 2,
- vu l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins en médecine ambulatoire,
- vu l'arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la PDS en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R.6315-3 du code de santé publique,
- vu l'avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie,
- vu la recommandation de la HAS relative aux « modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation libérale médicale » de mars 2011 publiée en juin 2011,
- vu le cahier des charges de la PDSA en Limousin en date du 26 septembre 2012,
- vu l'arrêté n°2015-428 du 30 juillet 2015, portant modification du cahier régional de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Limousin,
- vu l'arrêté du 25 octobre 2018 portant application du cahier des charges régionales de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine.

Les parties ont convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les modalités de participation des médecins libéraux à la régulation médicale des appels ainsi que les modalités de collaboration entre le SAMU 87 -Centre 15 du CHU de Limoges et l'Association dans le respect des principes de l'exercice médical et du Code de déontologie médicale.

ARTICLE 2 : COMPETENCE GEOGRAPHIQUE

La régulation médicale libérale couvre l'ensemble du département de la Haute-Vienne.

ARTICLE 3 : MODALITES D'ORGANISATION

La PDSA est assurée sur les plages horaires suivantes :

- Toutes les nuits de 20 h 00 à 8 h 00 du matin,
- Les dimanches et jours fériés de 8 h 00 à 20 h 00,
- Les samedis de 12h à 20h.

Afin d'améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés en dehors des heures de PDSA et conformément à l'article R. 6311-8 du code de la santé publique, une régulation médicale libérale est également mise en place en Haute-Vienne aux horaires indiqués dans le tableau ci-dessous.

Cette régulation médicale libérale est effectuée dans les locaux de la plateforme commune
SAMU 87-Centre 15 du CHU.

Le cahier des charges de la PDSA Nouvelle Aquitaine prévoit pour la Haute-Vienne :

Périodes	Horaires	Nombre de régulateurs libéraux
Lundi au vendredi	19h à 20h	1
	20h à 24h	1
	0h à 8h	1
Samedi	8h – 12h	1
	12h – 20h	2
	20h – 24h	1
	0h – 8h	1
Dimanche, jours fériés et pont	8h – 14h	2
	14h – 21h	2
	21h – 0h	1
	0h – 8h	1

Actuellement, les régulateurs ne disposent pas d'effecteur de 19h à 20h et le samedi matin.

En fonction des besoins évalués de la population à partir de l'activité médicale constatée, le nombre de vacations dédiées à la régulation peut être ajusté.

Le renforcement des moyens de la régulation fera l'objet d'une demande préalable auprès de l'ARS NA qui en évaluera l'opportunité, dans les meilleurs délais, et en assurera le suivi financier. Cette demande fera l'objet d'un accord du représentant de l'ARS NA. Le Centre de Régulation et de Réception des Appels (ci-après CRRA), devra ensuite transmettre à l'ARS NA, dans les plus brefs délais, les données d'activité de la période correspondante.

La mission de régulation médicale de la PDSA est assurée sur les plages horaires définies par le cahier des charges régional arrêté par le Directeur Général de l'ARS NA dans sa déclinaison opérationnelle départementale.

1. Un tableau mensuel de gardes est établi par l'Association au plus tard 10 jours avant le début du mois auquel il s'applique. L'Association gère ce tableau de garde, sous la responsabilité de son Président et en informe le CDOM en la personne de son Président, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Vienne (ci-après CPAM) et l'ARS NA S'agissant du SAMU 87- Centre 15, ce tableau sera adressé par mail à:

secretariat.SAMU@chu-limoges.fr perm.SAMU@chu-limoges.fr

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Analyse des plaintes et des réclamations envers le SAMU 87 de 2019 à 2023

Introduction : La régulation médicale coordonne la permanence des soins et l'activité médicale non programmée. Elle est assurée de manière conjointe par les MRG et les MRU. C'est un exercice risqué, exposé à des plaintes et des réclamations.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective monocentrique, sur les dossiers de plaintes et réclamations adressés au SAMU/SAS/Centre 15 du CHU de Limoges entre le 1/01/2019 et le 31/12/2023. Notre objectif était d'analyser les plaintes et les réclamations, leurs facteurs favorisants, et les moyens mis en œuvre pour éviter leur récurrence.

Résultats : On compte 12 dossiers de plaintes et 26 dossiers de réclamation, 30 concernaient la régulation de médecine générale et 8 la régulation urgentiste. Il y avait 26 réclamations simples, 11 médiations, 2 procédures en CCI, un règlement amiable auprès de l'assureur du CHU et une procédure au tribunal administratif. Les principaux motifs d'appels étaient cardiovasculaires, respiratoires (21%) et neurologiques (18%). Les principaux motifs de mécontentement étaient une inadéquation entre les moyens engagés ou l'orientation (n=17) et une erreur d'appréciation de la gravité par l'ARM ou le médecin régulateur (n=22).

Conclusion : L'incidence des plaintes et des réclamations envers le SAMU/SAS/centre 15 du CHU de Limoges est faible (11,21 pour 100 000 DRM en 2023). De cette étude ressort l'importance de la communication auprès du patient. Certaines situations à risque comme les céphalées ou les infarctus mimant une pathologie digestive ont été mises en avant, permettant la mise en place de protocoles spécifiques. Enfin, une marge d'amélioration par la mise en place de RMM et de CREX régulières et l'acquisition d'un logiciel de régulation est à l'étude.

Mots-clés : urgence, régulation médicale, plaintes, réclamations

Analysis of complaints and claims against SAMU 87 from 2019 to 2023

Introduction : Medical regulation coordinates the continuity of care and unscheduled medical activities. It is jointly managed by general practitioners and emergency physicians. It is a risky practice, exposed to complaints and grievances.

Method : We conducted a retrospective descriptive monocentric study on the complaint and grievance files submitted to the SAMU/SAS/Centre 15 of the Limoges University Hospital between January 1, 2019, and December 31, 2023. Our goal was to analyze the complaints and grievances, identify their contributing factors, and the measures implemented to prevent their recurrence.

Results : There were 12 complaint files and 26 grievance files, 30 of which concerned general medicine regulation, and 8 concerned emergency regulation. There were 26 simple grievances, 11 mediations, 2 procedures with the CCI, one amicable settlement with the hospital's insurer, and one administrative court procedure. The primary reasons for calls were cardiovascular, respiratory (21%), and neurological (18%) issues. The main causes of dissatisfaction were and inadequacy in the resources mobilized or the patient's referral (n=17) and an error in assessing the severity by the ARM or the regulating physician (n=22).

Conclusion : the incidence of complaints and grievances against the SAMU/SAS/Centre 15 of the Limoges University Hospital is low (11,21 per 100,000 DRM in 2023). This study highlights the importance of communication with the patient. Certain high-risk situations, such as headaches or heart attacks mimicking digestive pathologies were identified, leading to the implementation of specific protocols. Finally, there is room for improvement through the implementation of RMM and CREX as well as the acquisition of a regulation software, which is currently under study

Keywords : emergency, medical regulation, complaints, grievances

