

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

LECOCQ Guillaume Bertin Pierre
Né le 21 Août 1983 à Saint-Maurice (94)

Présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 2012

TITRE

**Quel est l'impact de la mise en place de la plateforme commune de
régulation SAMU-SDIS dans le Cher sur les lettres de
réclamations des usagers ?**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Membres : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN
Monsieur le Docteur Olivier MICHEL, Directeur de thèse
Monsieur le Lieutenant-colonel David SARRAZIN

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique

	FETISSOF Franck FOUQUET Bernard FRANCOIS Patrick FUSCIARDI Jacques	Anatomie et Cytologie pathologiques Médecine physique et de Réadaptation Neurochirurgie Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
d'urgence	GAILLARD Philippe GOGA Dominique GOUDEAU Alain GOUPILLE Philippe GRUEL Yves GUILMOT Jean-Louis GUYETANT Serge HAILLOT Olivier HALIMI Jean-Michel	Psychiatrie d'Adultes Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière Rhumatologie Hématologie ; Transfusion Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire Anatomie et Cytologie pathologiques Urologie Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et
Mme	HERAULT Olivier	Immunologie clinique)
MM.	HERBRETEAU Denis HOMMET Caroline HUTEN Noël LABARTHE François LAFFON Marc	Hématologie ; transfusion Radiologie et Imagerie médicale Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement Chirurgie générale Pédiatrie Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
d'urgence	LANSON Yves LARDY Hubert LASFARGUES Gérard LEBRANCHU Yvon LECOMTE Pierre LECOMTE Thierry LEMARIE Etienne LESCANNE Emmanuel LINASSIER Claude LORETTE Gérard MACHET Laurent MAILLOT François MARCHAND Michel MARRET Henri MULLEMAN Denis NIVET Hubert PAGES Jean-Christophe PAINAUD Gilles PATAT Frédéric PERROTIN Dominique PERROTIN Franck PISELLA Pierre-Jean QUENTIN Roland RICHARD-LENOBLE Dominique ROBIER Alain ROINGEARD Philippe ROSSET Philippe ROYERE Dominique	Urologie Chirurgie infantile Médecine et Santé au Travail Immunologie Endocrinologie et Maladies métaboliques Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Pneumologie Oto-Rhino-Laryngologie Cancérologie ; Radiothérapie Dermato-Vénéréologie Dermato-Vénéréologie Médecine Interne Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Gynécologie et Obstétrique Rhumatologie Néphrologie Biochimie et biologie moléculaire Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique Biophysique et Médecine nucléaire Réanimation médicale ; médecine d'urgence Gynécologie et Obstétrique Ophtalmologie Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Parasitologie et Mycologie Oto-Rhino-Laryngologie Biologie cellulaire Chirurgie orthopédique et traumatologique Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Reproduction	RUSCH Emmanuel SALAME Ephrem SALIBA Elie	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention Chirurgie digestive Biologie et Médecine du développement et de la
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria SIRINELLI Dominique THOMAS-CASTELNAU Pierre TOUTAIN Annick VAILLANT Loïc	Biophysique et Médecine Nucléaire Radiologie et Imagerie médicale Pédiatrie Génétique Dermato-Vénéréologie

VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
-----	------------	---

930	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
Mmes 930	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes 930	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. 930	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes 930	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUN Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

Sommaire

Résumés	9
Remerciements	11
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	13
Abréviations	14
Introduction	15
Matériel et méthode	18
1. Schéma	19
2. Critères de jugement	19
Critère de jugement principal	19
Critères de jugement secondaires	19
3. Echantillon.....	19
Critères d'inclusion	20
Critères d'exclusion	20
4. Définition des périodes.....	21
Première période.....	21
Deuxième période	21
Troisième période.....	21
5. Définition des variables	21
Nombre de lettres de réclamation.....	22
Motif principal des réclamations.....	22
Pathologies	22
Réponses aux lettres de réclamation	22
Conséquences.....	23
6. Pratique de l'étude.....	23

7. Analyse statistique.....	24
Résultats	25
1. Critère de jugement principal.....	26
2. Critères de jugement secondaires	27
Discussion	35
1. Forces et faiblesses	39
2. Perspectives.....	40
Conclusion	42
Bibliographie.....	44
Annexes	46

Résumés

Titre

Quel est l'impact de la mise en place de la plateforme commune de régulation SAMU-SDIS dans le Cher sur les lettres de réclamations des usagers ?

Résumé

En juin 2005 a été inaugurée dans le Cher la plateforme commune de régulation SAMU/SDIS. Ce travail étudie l'impact de ce nouvel outil de régulation sur les lettres de réclamations des usagers. Nous avons pour cela repris l'ensemble des lettres adressées au SAMU du Cher sur 10 années. Notre critère principal de jugement est la comparaison du nombre de lettres avant et après la mise en place de cette plateforme de régulation. Nos critères secondaires sont les motifs, les pathologies, les réponses du SAMU, le nombre d'enquêtes et comparent le nombre de lettres à l'activité globale des services du SAMU et du SDIS. Notre étude montre une baisse significative du nombre de lettres, baisse principalement constatée sur les réclamations ayant comme motif de mécontentement le délai d'intervention. L'étude des réponses aux réclamations montre que dans la majorité des cas la plateforme a fonctionné tout à fait normalement ; ceci se traduit par le faible nombre d'enquêtes faisant suite à ces réclamations. Peu d'études ont été réalisées sur les plateformes communes de régulation. Nous retrouvons néanmoins beaucoup de témoignages en faveur de ce type de structures. Notre travail et la revue de la littérature semblent montrer que les plateformes communes de régulation sont à l'heure actuelle le meilleur outil des SAMU et SDIS pour répondre à une demande croissante des soins pré-hospitaliers de la part de la population.

Mots clés

Plateforme commune SAMU/SDIS,
Régulation,
Département du Cher,
Lettres de réclamations

Title

What is the impact of the implementation of the Emergency Medical Service (EMS) - Departmental Fire and Rescue Service (DFRS) common regulation platform in the departement of the Cher on the letters of complaints from users ?

Abstract

In June 2005 was inaugurated the common regulation platform EMS / DFRS in the Cher. This work investigates the impact of this new regulation tool on letters of complaints from users. For this we have taken into account all the letters to EMS of the Cher over 10 years. Our main criterion is based upon the comparison of the number of letters before and after the implementation of this platform of regulation. Our secondary criteria are the reasons, pathologies, the responses of the EMS, the number of investigations and compare the number of letters to the overall activity of the EMS and DFRS. Our study shows a significant decrease in the number of letters ; this decrease concerns mainly the claims due to intervention time. The study of responses to claims underlines that in most cases the platform worked quite normally ; this is shown by the low number of investigations following these claims. Few studies have been performed about common regulation platforms. However, much evidence is to be found in favor of this type of structures. Our work as well as literature seem to suggest that common regulation platforms are currently the EMS and DFRS best tool to cope with a growing demand for pre-hospital care required by the population.

Keywords

Common platform EMS / DFRS,
Regulation,
Cher,
Letters of complaints

Remerciements

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Vous avez accepté de faire partie de ce jury et de le présider

Veillez trouver ici le témoignage de tout mon respect

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Vous m'avez aidé à faire ce travail et accepté de le juger

Vous m'avez encadré tout au long de mon cursus d'interne

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude

A Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN

Vous avez accepté de juger cette thèse

Soyez assuré de toute ma reconnaissance

A Monsieur le Docteur Olivier MICHEL

Vous m'avez accueilli comme interne dans votre service

Vous m'avez aidé dans la réalisation de ce travail et accepté de l'examiner

Je vous remercie d'en avoir été le directeur

A Monsieur le Lieutenant-colonel David SARRAZIN

Vous m'avez aidé dans l'analyse de cette étude

Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse

Soyez assuré de toute ma gratitude

Je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de cette thèse,

Au Docteur Christophe CHAILLOLEAU pour sa précieuse aide statistique et ses nombreux conseils dans la structuration de ce travail

Au Docteur Gilles HULARD pour son aide et ses points de vue pertinents

A ma femme Amandine pour sa patience, ses nombreuses relectures et son amour malgré tout

A mes parents pour leur aide sur ce travail, leurs conseils et leur bienveillance depuis maintenant 29 ans

A ma sœur pour son aide matérielle, ses conseils de mise en forme et ce lien fort qui nous uni

A ma belle mère et ma belle sœur pour leur patience durant ces longues journées de travail et leur relecture

Au personnel de la plateforme de régulation de Bourges pour leur aide et leur disponibilité, Mme LAMY toujours très réactive, le Docteur Laurence SAUDEAU, le Docteur Karine HALBARDIER, le Docteur Frédérique LACAMPAGNE, les PARM pour ne citer qu'eux

A JB, Antoine et Estelle pour leurs conseils avisés et leur amitié qui dure

A Sinasi, mon confrère et surtout ami pour sa relecture

A Martine, pour son aide sur la partie anglo-saxonne de ce travail

Enfin, je remercie mon fils Roméo pour sa toute récente et belle arrivée.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Abréviations

AMU : Aide Médicale Urgente

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVP : Accident de la Voie Publique

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CTA : Centres de Traitement de l'Alerte

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

PARM : Personnel Assistant de Régulation Médicale

PDS : Permanence des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Introduction

En 2002 le département du Cher a été au cœur de l'actualité suite à deux affaires médicales mettant en cause la régulation du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). Un père de famille est décédé dans la nuit du 17 au 18 février après avoir attendu pendant plus d'une heure une assistance médicale. Fin août 2002, un autre patient décédait d'une crise cardiaque après que la famille ait attendu plus d'une heure le médecin du SAMU. Ces deux événements, sans jeter le discrédit sur la prise en charge des urgences pré-hospitalières, évoquent néanmoins les difficultés liées à la coordination des différents acteurs.

Le SAMU et le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) étant deux services intervenant dans les secours à personne ayant chacun leur spécificité, on aurait pu penser que la coordination de leur action irait de soi. Mais du fait de leur ancienneté, la cohabitation n'a pas toujours été évidente.

Selon le décret du 16 décembre 1987¹ : les SAMU ont pour mission de répondre, par des moyens exclusivement médicaux, aux situations d'urgence. On note dans les principales missions du SAMU l'écoute médicale permanente, qui détermine et déclenche, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels. La structure du SAMU s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publique ou privée, adaptés à l'état du patient et prépare son accueil. Enfin les SAMU sont tenus d'organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire².

Afin d'assurer une écoute médicale permanente, les « Centres-15 » ou plus officiellement les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) ont été créés par la circulaire du 6 février 1979³. Ce sont des structures chargées de recevoir l'ensemble des appels médicaux urgents par l'intermédiaire d'un numéro unique. Un premier tri des situations d'urgence est effectué dès la réception de l'appel par des PARM (Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale). Cette gestion des appels est appelée "la régulation", et est effectuée par des médecins régulateurs. Des conseils sont formulés, des orientations sont données et, éventuellement, l'équipe médicalisée du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est engagée. Les SAMU coordonnent les moyens publics et ceux privés des associations de médecins libéraux participant aux gardes médicales⁴. Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation assurent, quant à eux, la délivrance des soins sur place ou le transport médicalisé des patients entre le domicile ou le lieu de l'accident et un établissement de soins⁵.

Les sapeurs-pompiers sont un pivot du secours d'urgence. Leurs premiers corps se constituent dès le début du 18^{ème} siècle sous le patronage de Sainte Barbe. Historiquement, ils assurent principalement la lutte contre l'incendie. En 1926 est créé dans le Pas-de-Calais le premier SDIS⁶. Il établit, entre autres, un plan d'action de l'ensemble des centres de secours.

Mais il faut attendre 1955 pour voir leur assise juridique constituée : « le SDIS est un établissement public départemental, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, et obligation est faite à toutes les communes du département de participer à son fonctionnement, que ce soit par contribution financière ou par mise à disposition de leur personnel ou matériel »⁷.

Le rôle de ces services est capital dans la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière puisque plus de 60% des sorties des sapeurs-pompiers concernent le secours aux personnes contre moins de 8% pour la lutte contre l'incendie (source SDIS du Cher pour les années 2008 à 2011 - annexe1). Chaque SDIS dispose d'un Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) chargé de la coordination des Centres de Traitement de l'Alerte (CTA)⁸.

Les Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) appartiennent, sauf exception, aux SDIS. Ils participent au fonctionnement du SMUR par convention conclue entre l'hôpital et les sapeurs-pompiers. L'équipement de ces véhicules permet de dispenser des soins d'urgence et de réanimation⁹.

En 1990, à Clermont-Ferrand, le centre de régulation du SAMU et le centre d'alerte des pompiers ont, pour la première fois en France, été installés dans une même salle opérationnelle pour gérer les appels d'urgence départementaux reçus sur le 15, le 18 et le 112¹⁰.

La plateforme SAMU/SDIS du Cher est la 10ème plateforme créée en France. Elle a été inaugurée le 11 juin 2005. Ses 130m² sont installés au sein du centre hospitalier Jacques Cœur à Bourges. Plusieurs textes officiels ont été nécessaires pour un bon fonctionnement : une convention SAMU/SDIS pour le fonctionnement opérationnel établie le 2 octobre 2002, une convention financière le 11 juillet 2003, un règlement intérieur de la plateforme le 16 juin 2005, un référentiel commun le 25 juin 2008 (pour le plus récent)¹¹.

La mise en place de la plateforme est la réponse, des pouvoirs publics et des acteurs responsables des services de secours, face à l'inquiétude de la population voyant un système de santé (pré-hospitalier principalement) fragile et mis en défaut. Il est donc important de connaître, de suivre et d'étudier les attentes, les craintes et les mécontentements des principaux intéressés : les usagers.

L'objectif principal de notre travail est d'étudier l'impact de la mise en place d'une plateforme de régulation commune SAMU-SDIS sur les lettres de réclamation des usagers tant sur leur nombre que sur leur contenu.

Matériel et méthode

1. Schéma

Notre étude est réalisée au sein du CRRA du centre Hospitalier Jacques Cœur à Bourges dans le Cher. Il s'agit d'une étude mono-centrique, rétrospective, descriptive et comparative analytique. La période d'étude va de janvier 2002 à décembre 2011.

2. Critères de jugement

Critère de jugement principal

Nous cherchons à montrer une baisse significative du nombre de lettres de réclamation entre la période « avant » et la période « après » la mise en place de la plateforme.

Critères de jugement secondaires

Notre étude analyse dans un second temps, de façon qualitative, les différents paramètres extraits de ces réclamations. Il s'agit des motifs de réclamation, des pathologies régulées dans ces dossiers, des réponses formulées par le SAMU du Cher, des conséquences de ces lettres de doléances lorsqu'elles sont connues.

Enfin, nous présentons une évolution du nombre de ces réclamations en corrélation avec l'activité globale du SAMU et du SDIS sur la période 2005 à 2011, c'est-à-dire sur les 7 années suivant sa mise en place.

3. Echantillon

Nous avons collecté l'ensemble des lettres de réclamation adressées par les usagers au SAMU du Cher sur la période janvier 2002 – décembre 2011. L'ensemble de ces lettres est archivé dans le bureau du chef de service du SAMU de l'hôpital Jacques Cœur. Les usagers sont définis comme toutes les personnes ayant eu recours par appel téléphonique au CRRA et/ou au CTA. Ces lettres pouvaient donc être rédigées par le patient lui-même, un proche ou même une tierce personne qui aurait noté un dysfonctionnement sur la régulation ou la prise en charge pré-hospitalière.

Elles pouvaient être adressées :

- directement au SAMU (Chef de service le plus souvent),
- au Directeur de l'hôpital,
- à l'Agence Régionale de Santé (ARS), anciennement Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), ou Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
- au Conseil de l'Ordre,
- au Préfet ou Sous-Préfet,
- à la gendarmerie ou au commissariat de police,
- au Procureur de la République,
- aux maires des communes concernées par la régulation,
- à l'association SAMU de France,
- aux députés,
- au Ministre de la Santé,
- parfois même au Président de la République (pour 1 d'entre elles).

Critères d'inclusion

Nous avons inclus l'ensemble des réclamations adressées au SAMU du Cher quel que soit l'interlocuteur choisi par l'utilisateur, entre janvier 2002 et décembre 2011.

Critères d'exclusion

Nous avons exclu les lettres adressées au SAMU du Cher dans lesquelles les doléances ne mentionnaient ou ne concernaient pas les services du SAMU, du SDIS du Cher (exemple : demande d'horaires d'ouverture des maisons médicales de garde, de liste des pharmacies de garde...)

4. Définition des périodes

Notre étude portant sur plusieurs années, nous avons choisi de la diviser en trois grandes périodes.

Première période : « avant » la mise en place de la plateforme. Cette période va de janvier 2002 à juin 2005 (mois de l'inauguration de la plateforme) soit 7 semestres.

Deuxième période : « après » la mise en place de la plateforme. Pour l'interprétation et la fiabilité de nos résultats, cette période couvre, de manière comparable, 7 semestres : de juillet 2005 à décembre 2008.

Troisième période : « au long cours » allant de janvier 2009 à décembre 2011. Cette dernière tranche de 3 ans nous permet de suivre l'évolution des différentes variables étudiées après plus de 3 ans de fonctionnement de la plateforme. Cette période n'a pas été prise en compte pour l'analyse du critère de jugement principal.

5. Définition des variables

Les informations extraites des réclamations étaient :

- date (du dossier réglé par la plateforme et non la date d'envoi de la lettre de doléance),
- âge du patient,
- auteur de la lettre,
- destinataire(s) de la lettre,
- motif principal de la doléance,
- pathologie régulée prise en charge,
- réponse du SAMU à la lettre de réclamation,
- conséquences administrative et/ou judiciaire.

Nombre de lettres de réclamation

Cette variable comprend le nombre de lettres de doléances inclus dans notre étude. Elles sont comptabilisées selon les périodes précisées ci-avant et par année. Elles sont ensuite comparées sur les deux premières périodes pour notre critère de jugement principal. Nous les utilisons également pour nos critères de jugement secondaires.

Motif principal des réclamations

Pour chaque dossier étudié, nous relevons l'objet principal du mécontentement de l'utilisateur. En aucun cas nous ne portons ici un regard technique sur le bien-fondé de ces doléances ni sur leur recevabilité.

Pathologies

Nous avons listé puis regroupé en catégories les pathologies abordées lors de ces régulations.

Il est important de rappeler que ces diagnostics ont, pour la plupart, été posés après une prise en charge complémentaire (évolution des symptômes dans le temps, avis d'un médecin se rendant sur place à la demande ou non du régulateur, bilan ambulancier, pompier ou médical, passage dans une structure de soins de type "urgences" ou "service hospitalier") et non par les seules informations échangées lors de la régulation sur la plateforme.

Réponses aux lettres de réclamation

Toutes les lettres de réclamations ont reçu une réponse, par courrier, rédigée dans la majorité des cas, par le chef de service du SAMU, le Dr MICHEL.

Chaque lettre donne lieu à une investigation au sein du service. Dans tous les cas une écoute des bandes d'enregistrement et/ou une reprise des dossiers médicaux, avec l'ensemble des éléments recueillis en fin de prise en charge, est/sont nécessaire(s). Cela permet d'avoir une vue d'ensemble sur chaque prise en charge et de pouvoir ainsi mieux répondre aux plaintes exprimées par les usagers.

Conséquences

Dans certains cas, le mécontentement des usagers va plus loin qu'une lettre de doléance.

- Enquêtes administratives
Les lettres de doléances s'associent à une enquête administrative diligentée au sein de l'établissement.
- Enquêtes judiciaires
Les lettres de doléances s'associent à une enquête judiciaire.

6. Pratique de l'étude

Pour notre étude, nous nous sommes procurés l'ensemble des dossiers de réclamations adressés au SAMU du Cher sur la période 2002-2011.

Ces dossiers étaient archivés dans le bureau du chef de service du SAMU. Chaque dossier, classé par année, comportait une feuille récapitulative (mentionnant la date de l'appel, le nom du patient, le motif d'appel, les noms du régulateur et du PARM), la lettre originale de réclamation de l'utilisateur, les imprimés d'écrans informatiques du logiciel de régulation et la réponse rédigée par le SAMU.

L'ensemble de ces données a été répertorié dans un tableur. Nous avons ensuite classé ces informations selon les critères étudiés.

Enfin, nous avons obtenu les rapports d'activités des deux services SAMU, SDIS. Nous en avons fait une présentation graphique. Nous présentons en parallèle ces rapports d'activité et l'évolution du nombre de réclamations depuis la mise en place de la plateforme commune.

7. Analyse statistique

L'analyse comparative du nombre de réclamations « avant » et « après » la mise en place de la plateforme utilise le test du χ^2 de Pearson.

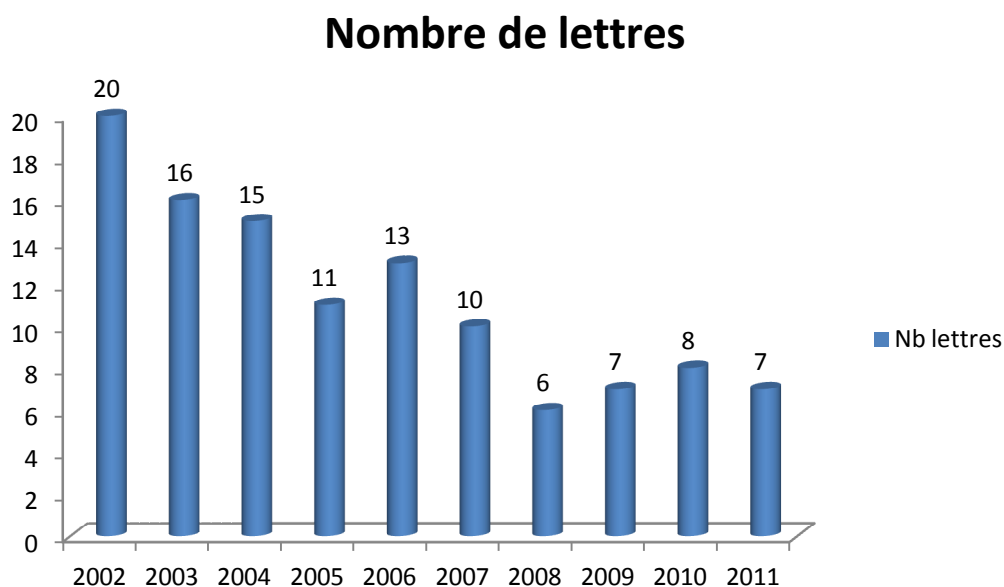
L'analyse descriptive des variables « motif », « pathologie » et « réponse » est présentée sous forme de tableau et de graphique circulaire pour visualiser de façon globale leur évolution au cours des trois périodes choisies.

Enfin, l'analyse descriptive du nombre de lettres, depuis l'inauguration de la plateforme jusqu'à la fin du recueil de notre étude, est proposée sous forme d'histogrammes. Elle est mise en perspective avec les rapports d'activité des services du SAMU et du SDIS.

Résultats

1. Critère de jugement principal

Le SAMU de Bourges a reçu 113 lettres de réclamation sur toute la durée de notre étude.



Graphique 1 : histogramme de répartition du nombre de lettres de réclamation par an

56 lettres de réclamation sur la période janvier 2002- juin 2005, 35 lettres sur la période juillet 2005-décembre 2008. L'analyse comparative du nombre de lettres entre ces deux périodes montre une baisse significative.

	Nombre de lettres	Total	Chi ²	
Avant	56	91	4,8462	p<0,05
Après	35			
Long cours	22			

Tableau 1 : Nombre de lettres de réclamation sur la période « avant » et « après » la mise en place de la plateforme.
Baisse significative (p<0.05)

2. Critères de jugement secondaires

Sur la période dite de « long cours » la baisse du nombre de lettres semble se confirmer.

Après lecture de l'ensemble des lettres de réclamation, nous trouvons trois motifs récurrents et regroupons les autres dans un ensemble « autres motifs » :

- Délai

Le motif principal de mécontentement concerne le délai de prise en charge du patient, perçu comme trop long par l'utilisateur.

- Refus d'envoi de moyens

Le refus d'envoi de moyens est défini comme le refus du CRRA d'envoyer un SMUR et/ou un VSAV comme le souhaitait l'utilisateur. Ces régulations ont proposé : l'envoi d'un médecin de garde, une consultation différée, un transport vers une structure de soins via les propres moyens de l'appelant ou un transport sanitaire privé (ambulance), un conseil médical.

- Désaccord sur le diagnostic

L'utilisateur formule un reproche sur l'appréciation de la gravité de la situation et/ou sur le diagnostic proposé. Il s'agit là d'une incompréhension entre les deux interlocuteurs que sont l'utilisateur et l'intervenant de la plateforme (opérateur pompier, PARM ou médecin régulateur). Dans la majorité des cas, cela concerne des difficultés de communication entre l'utilisateur et le médecin régulateur amenant à une prise en charge qui, a posteriori, ne s'avère pas être la mieux adaptée. En effet, on touche ici aux limites du système où la situation clinique doit être évaluée au travers de la seule communication verbale (sans examen physique) et avec des interlocuteurs qui utilisent, peu, pas ou à tort, le jargon médical.

- Autres

Nous avons, dans cette dernière catégorie de doléances, classé les motifs divers ne relevant pas des catégories sus-citées. Elles regroupent les doléances ne relevant pas directement d'un dysfonctionnement de la plateforme. On y retrouve les mécontentements concernant des transports correctement effectués mais vers un Centre Hospitalier non souhaité par les utilisateurs pour des convenances personnelles, des demandes de compléments d'information pour des enquêtes (soit internes, soit judiciaires) ou encore les lettres dont le motif n'est pas clairement défini.

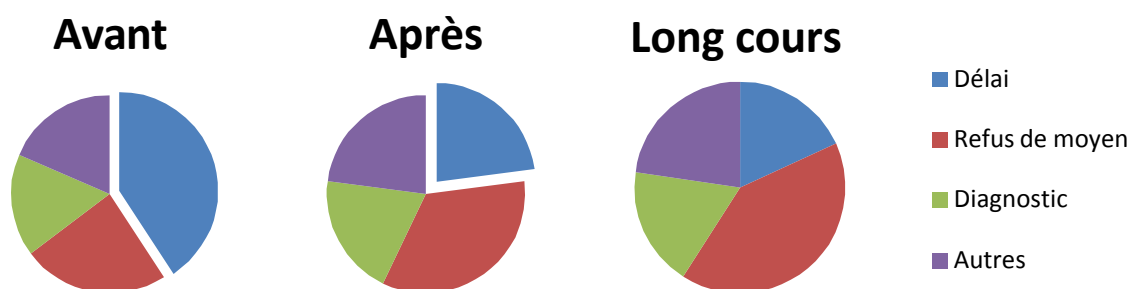
Sur la période précédant la plateforme commune, le motif « délai » représentait près de 39% des lettres de doléances, le motif « refus de moyen » près de 23% des motifs, les problèmes de « diagnostic » près de 16% et « autres » près de 21%.

Sur la période des 3 ans ½ suivant la mise en place de la plateforme, le motif « délai » représentait près de 23%, « refus de moyen » près de 34%, problème de « diagnostic » 20 % et les motifs « autres » près de 23 %.

Au long cours, le motif « délai » représentait près de 18%, le « refus de moyen » près de 41%, les problèmes de « diagnostic » près de 18% et les motifs « autres » près de 23%.

	Délai (%)		Refus de moyen (%)		Diagnostic (%)		Autres (%)		Total
Avant	22	(39,29)	13	(23,21)	9	(16,07)	12	(21,43)	56
Après	8	(22,86)	12	(34,29)	7	(20,00)	8	(22,86)	35
Long cours	4	(18,18)	9	(40,91)	4	(18,18)	5	(22,73)	22
Total	34		34		20		25		113

Tableau 2 : répartition des motifs recueillis sur les trois périodes
(avec répartition en pourcentage)



Graphique 2 : répartition des dossiers selon le motif de réclamation sur les trois périodes de l'étude

Sur ces premiers résultats descriptifs, nous notons une diminution importante du motif « délai » entre la période « avant » et « après » la mise en place de la plateforme. L'étude comparative de ce motif montre une diminution significative sur les réclamations avant et après la mise en place de la plateforme commune.

	Avant	Après	Total	Chi²	
Motif « délai »	22	8	30	6.5333	p < 0,01
Autres motifs	34	27	61	0,8033	NS

Tableau 3 : comparaison du nombre de réclamation ayant pour motif principal le « délai », « avant » et « après » la mise en place de la plateforme.
Baisse significative des motifs « délai » (p<0.01)

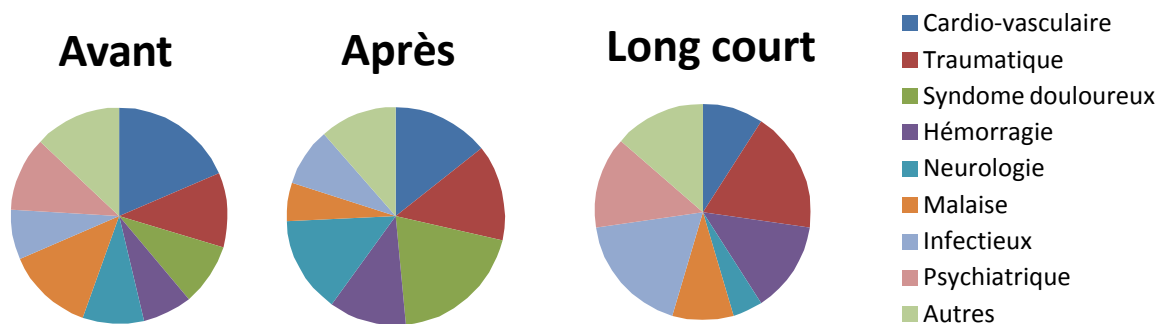
Pour chaque dossier, nous avons identifié une pathologie à l'origine de l'appel au CRRA. Nous avons classé ces pathologies dans 8 catégories différentes et regroupé les autres dans un ensemble « autres » :

- Cardio-vasculaire, dont fait évidemment partie le Syndrome Coronarien Aigu
- Traumatique
- Syndrome douloureux que ce soit dans l'aigu ou le chronique
- Hémorragique : principalement des épistaxis, des hémorragies gynécologiques ou digestives
- Neurologique qu'il s'agisse d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), de troubles de conscience sans étiologie ou encore d'épilepsie
- Malaise (n'appartenant pas à la catégorie des pathologies neurologiques)
- Infectieux avec principalement des dossiers pédiatriques
- Psychiatrique notamment les intoxications volontaires, syndromes dépressifs, tentatives de suicide
- « Autres » : lorsqu'aucun diagnostic n'a été posé ou évoqué ni par le SAMU ni par l'utilisateur

Sur ces résultats des variations importantes sont à noter notamment les pathologies cardio-vasculaires qui passent de 10 à 5 entre les deux premières périodes. Nous notons également une baisse importante des pathologies regroupées dans l'item psychiatrie qui passent de 6 à zéro sur cette même comparaison.

	Avant	%	Après	%	Long cours	%
Cardio-vasculaire	10	17,86	5	14,29	2	9,09
Traumatique	6	10,71	5	14,29	4	18,18
Syndrome douloureux	5	8,93	7	20,00	0	0,00
Hémorragie	4	7,14	4	11,43	3	13,64
Neurologie	5	8,93	5	14,29	1	4,55
Malaise	7	12,50	2	5,71	2	9,09
Infectieux	4	7,14	3	8,57	4	18,18
Psychiatrique	6	10,71	0	0,00	3	13,64
Autres	9	16,07	4	11,43	3	13,64
Total	56		35		22	

Tableau 4 : répartition des dossiers en fonction des pathologies



Graphique 3 : répartition des dossiers en fonction des pathologies sur les trois périodes de l'étude

Les réponses formulées par le SAMU ont pu être regroupées en 3 catégories :

- Pas de dysfonctionnement

La réponse formulée montre qu'après enquête interne, la plateforme a fonctionné tout à fait normalement et qu'aucune anomalie n'a été relevée.

- Dysfonctionnement de la plateforme

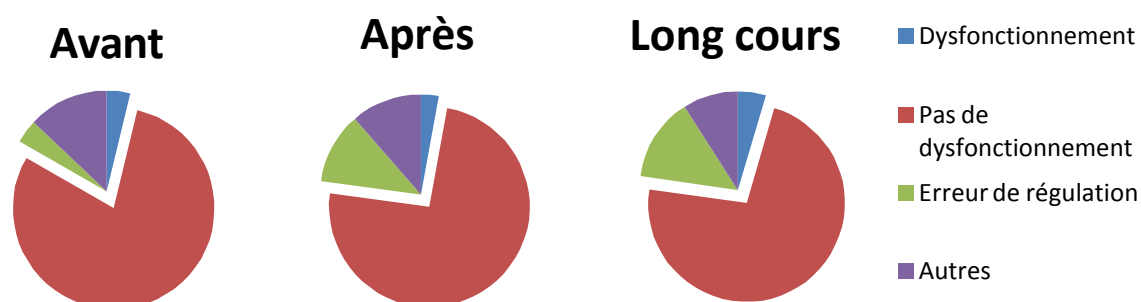
Après une enquête interne, la régulation a été opérée de manière adaptée mais la prise en charge qui en a découlé n'a pas respecté les procédures ou protocoles établis.

- Erreur de régulation médicale

Cet item regroupe les dossiers dans lesquels la régulation est inappropriée. On note une erreur, a posteriori, soit dans le diagnostic posé, soit dans l'appréciation de la gravité de la situation. Les moyens entrepris, pour répondre à l'appel d'urgence, sont adaptés à la régulation mais non à l'état réel de la situation. Dans ces réponses, une explication, de la régulation et de sa difficulté, est faite à l'usager. Ces régulations « mal opérées » sont une source précieuse d'informations pour les acteurs de la plateforme car elles permettent une remise en question sur certains points et sont très utiles pour améliorer les pratiques ultérieures.

	Avant	%	Après	%	Long cours	%
Dysfonctionnement	2	3,70	1	2,86	1	4,55
Pas de dysfonctionnement	43	79,63	26	74,29	16	72,73
Erreur de régulation	2	3,70	4	11,43	3	13,64
Autres	9	12,96	4	11,43	2	9,09
Total	56		35		22	

Tableau 5 : répartition des dossiers en fonction
de la réponse faite par le SAMU



Graphique 4 : répartition des dossiers en fonction de la réponse faite par le SAMU

Nous avons regroupé dans un tableau récapitulatif les dossiers pour lesquels la réclamation s'est accompagnée d'une plainte et donc d'une enquête judiciaire et/ou administrative. Bien que le nombre total d'enquêtes reste stable entre les deux périodes « avant » et « après », soulignons l'absence de procédure judiciaire depuis la création de la plateforme commune.

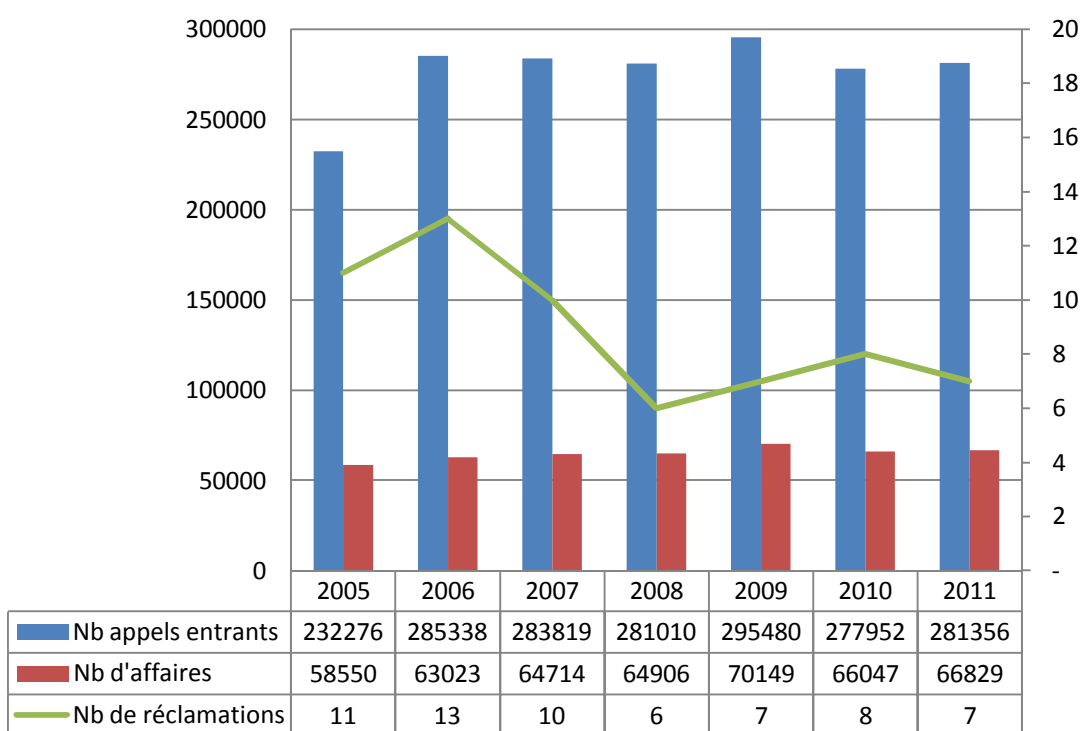
	Avant	Après	Long cours
Enquête administrative	3	6	2
Enquête judiciaire	4	0	0
Total	7	6	2

Tableau 6 : répartition par période du nombre d'enquêtes judiciaires et/ou administratives

Dans cette dernière partie des résultats, nous présentons les rapports d'activité de la plateforme ainsi que le nombre d'interventions réalisées par le SAMU via les sorties SMUR et par le SDIS via les sorties VSAV.

	Nb appels entrants	Nb d'affaires	Nb de réclamations
2005	232 276	58 550	11
2006	285 338	63 023	13
2007	283 819	64 714	10
2008	281 010	64 906	6
2009	295 480	70 149	7
2010	277 952	66 047	8
2011	281 356	66 829	7

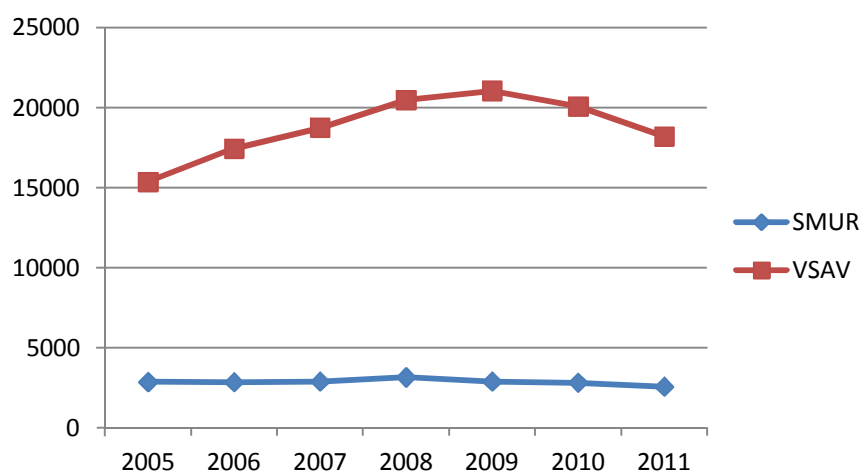
Tableau 7 : rapport d'activité de la plateforme commune



Graphique 5 : histogramme des rapports d'activité de la plateforme commune (ordonnées de gauche) et rappel du nombre de lettres de réclamation (ordonnées de droite) par année

	SMUR	VSAV	Nombre de réclamations
2005	2855	15361	11
2006	2844	17441	13
2007	2882	18737	10
2008	3147	20465	6
2009	2885	21045	7
2010	2823	20059	8
2011	2568	18200	7

Tableau 8 : nombre d'interventions du SAMU, du SDIS et nombre de réclamations depuis la mise en place de la plateforme



Graphique 6 : courbes d'évolution du nombre d'interventions du SAMU et du SDIS par année

Discussion

On ne retrouve, à l'heure actuelle, que peu d'articles dans la littérature médicale au sujet des plateformes de régulation, quelles soient communes ou non. Que pouvons-nous dire des chiffres que nous avons obtenus ? Tout d'abord sur le nombre de lettres de réclamations qu'a reçu le SAMU du Cher. En 2010, la thèse de Sébastien DEMENGÉON¹² s'intéresse à cette question. Pour son étude, il a fait une revue des réclamations et plaintes impliquant le CRRA de l'Isère de 2007 à 2010. Il est intéressant de noter que, rapporté au nombre d'affaires traitées, le nombre de réclamations est sensiblement plus important pour le SAMU de l'Isère en 2007 et 2008 que dans notre étude ; cette différence n'est plus retrouvée pour les années 2009 et 2010.

L'analyse comparative rétrospective des lettres de réclamation adressées au SAMU du Cher montre une baisse significative de leur nombre entre les périodes « avant » et « après » la mise en place de la plateforme commune. Cette baisse semble se confirmer au long cours. Une analyse plus précise des motifs de réclamation nous montre que le motif « délai » diminue de manière significative « avant » et « après » la nouvelle plateforme. Nous pouvons également souligner que le nombre de réclamations reste extrêmement faible rapporté au nombre d'affaires traitées, moins de 2 pour 10 000 sur les trois dernières années de notre étude.

Plusieurs hypothèses nous permettent d'expliquer ces résultats. Intéressons-nous à quelques aspects techniques. L'interconnexion téléphonique entre le CRRA et le CTA existe depuis le 4 juin 1997 (date de la signature de la convention SAMU-SDIS du Cher). En 1993 un premier bilan de l'interconnexion SAMU-SDIS est fait dans le département de la Somme, dans la thèse de Philippe CAPPE¹³. Ce travail montre qu'une « interconnexion réciproque et intelligente était indispensable, garante à la fois de la sécurité et de la gestion du flux des urgences en amont des hôpitaux »¹³. Plus récemment la thèse de Silvana ROUSSEL LENOIR en 2002¹⁴ s'intéresse également à l'interconnexion entre le SAMU et le SDIS de Seine Maritime. Il est noté dans cette étude que le fonctionnement global de l'interconnexion est bon. Toutefois, des difficultés avaient été rencontrées lors de sa mise en place. Cette étude montre également que, dans certains cas, des « quiproquos entre les deux structures avaient allongé le délai de transmission de l'alerte »¹³. Enfin, l'idée d'une structure avec une unité de lieu est évoquée, dans son travail, comme une piste d'amélioration pour la prise en charge pré-hospitalière.

La proximité des deux services qu'offre une plateforme commune de régulation peut-elle donc expliquer une amélioration sur les délais de prise en charge ?

Le Colonel RISDORFER (Directeur départemental des services d'incendie et de secours du Cher) constate de réelles améliorations sur le plan opérationnel. « Sur le plan technique, matériel et financier, ce rapprochement nous a également permis d'optimiser et de mutualiser nos installations et équipements ».

Plus largement, le Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique en 2002¹⁰ rapporte que les personnels du SAMU ainsi que les pompiers sont, d'une manière générale, unanimes pour reconnaître tous les bénéfices de cette plateforme. « Le rapprochement géographique dans un même lieu, tout en préservant l'identité et les responsabilités respectives du SAMU et du CODIS, facilite dans un temps très bref la récupération, les échanges et la diffusion de l'information entre les différents partenaires »¹⁰. La plateforme du Cher répond parfaitement à cette analyse. Architecturalement la salle commune de régulation permet un échange plus rapide et plus clair entre les interlocuteurs (annexe 2).

« Vis-à-vis de l'utilisateur, la continuité des informations entre partenaires évite aux différents professionnels de poser les mêmes questions à l'appelant ce qui est aussi un facteur de rapidité »¹⁰. Le lieutenant-colonel sapeur-pompier D. SARRAZIN confirme cette analyse pour la plateforme du Cher : « les numéros 15 et 18 étant souvent source d'erreurs [...] la plateforme permet d'éviter la répétition de questions multiples et la perte d'informations ».

Dans les situations d'exception et de crise, plus encore que dans le fonctionnement quotidien, la proximité géographique des deux services SAMU-SDIS améliore la rapidité de recueil des informations et facilite la coordination de l'ensemble des missions de secours¹⁰. Il faut d'ailleurs sur ce point préciser que la plateforme du Cher prévoit cette possibilité de basculer des appels vers l'autre numéro en cas de « débordement » d'un des deux services. Des procédures dégradées papiers sont prévues à cet effet. Les différents responsables opérationnels peuvent s'entretenir de vive voix, en échangeant les informations concernant les besoins et les moyens réciproques. Cette façon de travailler aboutit à des décisions concertées. De plus, la plateforme permet aux différents professionnels d'accéder au suivi d'une intervention. Ce suivi renforce la transparence entre les partenaires et développe une dynamique d'équipe.

Ces avantages ont également été soulignés par le Dr HULARD (Chef du SAMU de l'Aude de juin 2007 à mars 2012) qui a pu personnellement comparer des structures de régulations séparées et communes dans des départements de taille équivalente (l'Aude en plateforme commune et les Ardennes en régulations séparées). Le déclenchement rapide du SMUR par les opérateurs pompiers ou les PARM sur une urgence vitale, la possibilité de « débordement », un logiciel commun et la réactivité en cas d'urgence collective ou d'incident grave, représentent des avantages essentiels et font de ce type de structure selon lui, le meilleur moyen de répondre à l'urgence pré-hospitalière.

Il est important de noter que la meilleure collaboration entre ces deux structures permet au SAMU de bénéficier du maillage géographique beaucoup plus dense des casernes de pompiers (annexe 3).

Tous ces arguments peuvent expliquer la meilleure réactivité des services.

Lors de la conférence de réanimation pré-hospitalière – cycle 2008 / 2009 – développant le thème de la régulation médicale, le Docteur Nicolas BRIOLE (SAMU 91) dresse un état des lieux de la plateforme de l'Essonne. Il présente les difficultés rencontrées telles que l'appropriation d'un nouvel outil informatique ou certaines difficultés liées au volume sonore dans le « call center » dans certaines situations¹⁵. Chaque service bénéficie de l'expertise de l'autre. A titre d'exemple le régulateur bénéficie de l'accès à une base de données très complète et actualisée concernant les produits industriels, chimiques... ainsi que l'avis en direct d'un expert. »¹⁵

L'analyse des pathologies régulées sur ces dossiers ne nous permet pas de conclure à des variations intéressantes du fait du faible nombre et de la grande variabilité de chacun des items. Sébastien DEMENGÉON dans sa thèse confirme qu'il est difficile d'individualiser un ou plusieurs type(s) de pathologies concerné(s) par les réclamations¹².

Pour ce qui est des réponses faites par le service, le SAMU peut apparaître comme « juge et partie » dans leur appréciation. Toutefois, le nombre d'excuses présentées, l'écoute quasi-systématique des enregistrements pour rédiger la réponse laisse tout de même supposer un abord objectif des différentes situations. Elles nous permettent de savoir quelles ont été les conclusions après enquête concernant ce dysfonctionnement. Elles prennent toute leur importance auprès des acteurs de la plateforme. Elles obligent ceux-ci à une auto-analyse permanente et, le cas échéant, à une remise en question des procédures. On note tout de même que dans la majorité des cas la régulation et la prise en charge des patients s'effectuent conformément aux protocoles de la médecine pré-hospitalière.

Concernant la proportion d'enquêtes administratives et/ou judiciaires suite à des réclamations, le département du Cher obtient les mêmes pourcentages que le département de l'Isère (environ 10% des réclamations sur la même période). Les résultats de notre étude et de l'étude de Sébastien DEMENGÉON sur ce point sont conformes à l'observation réalisée en 2010 par I. BARAT et E. BACCINO¹⁶. Leur travail sur les décisions des juridictions administratives et des juridictions judiciaires de 1990 à 2010 ne retrouvait respectivement que 15 et 20 décisions, dont 3 condamnations seulement¹⁶. Les auteurs de cette observation concluaient à une faible sinistralité de l'activité de régulation¹⁶. Le département du Cher ne compte, sur toute la période de notre étude, qu'une seule condamnation en 2002.

Enfin, sur la dernière partie des résultats, qui met en corrélation les rapports d'activités des deux services et le nombre de lettres, on note que le nombre de réclamations se stabilise à un niveau relativement bas (entre 6 à 8 par an) sur les 4 dernières années de l'étude ; ceci alors que le nombre d'interventions du SDIS augmente pour atteindre un maximum en 2009 ; l'activité du SAMU, elle, étant relativement stable.

1. Forces et faiblesses

Notre travail porte sur l'ensemble des lettres de réclamation mettant en cause la prise en charge pré-hospitalière du SAMU ou du SDIS du Cher. Le recueil de données s'étale sur une longue période et nous permet ainsi d'avoir un recul conséquent pour la validité interne de notre étude. Les dossiers étant étudiés jusqu'en 2011 nous avons une vision sur près de 7 ans d'activité de cette nouvelle plateforme.

Nous avons eu la chance de rencontrer de nombreux responsables de ce type de structure. Notre travail s'est basé sur l'étude des réclamations adressées par les usagers. Mais ces usagers ne sont qu'une partie des intéressés. Les pompiers, les PARM et les médecins sont les acteurs même de la plateforme. Il est néanmoins difficile de les interroger sur cette modification de l'outil de travail car peu de pompiers ont connu l'ancienne structure. Une étude auprès des PARM et médecins régulateurs serait nécessaire pour compléter notre analyse.

Deux biais de confusion sont à noter pour notre étude.

Tout d'abord sur le nombre de permanenciers qui est passé de 8 en 2002 à 12 en 2005. Ce chiffre est resté sensiblement le même jusqu'en 2011.

En 2003 a été mis en place, dans le Cher, la régulation libérale (également appelée le « 15 bis »). Cette régulation est assurée par des médecins libéraux dans le cadre de la PDS (Permanence Des Soins) au sein même du CRRA. Elle permet de soulager le médecin régulateur hospitalier des dossiers relevant de la médecine générale. Celui-ci dispose alors probablement de plus de temps pour les dossiers qu'il traite. Cette régulation libérale, initialement mise en place pour les soirs de semaine, a été renforcée en 2005 aux samedis et dimanches.

Il est également à noter que le service du SAMU du Cher a équipé ses véhicules d'un système de guidage par satellite (GPS) en 2007. Ce changement a pu avoir une influence sur les délais d'intervention des équipes SMUR.

En revanche lors d'entretiens avec le Dr MICHEL (Chef de service du SAMU du Cher depuis 2002), nous avons noté que la plupart des protocoles de régulation et d'intervention ont été mis en place dès 2002 et que le nombre des effectifs, au sein de la plateforme du côté des sapeurs-pompiers, est resté le même depuis cette même date.

2. Perspectives

Nous avons montré une diminution significative du nombre de réclamations adressées par les usagers. Ceci est vrai pour le département du Cher. Mais peu d'études ont été faites sur d'autres départements. Il serait pertinent de comparer deux centre-15 dans des départements de taille identique. L'un deux ayant mis en place une plateforme commune de régulation et l'autre non.

Le département d'Indre-et-Loire a également mis en place une plateforme commune de régulation en septembre 2007. La plateforme du département 37 gère environ 237 000 appels 15-18-112 par an. Le Dr GAUTHIER, que nous avons rencontré, nous explique les difficultés de mise en place du projet, notamment sur l'implantation géographique du site. Ce point est d'ailleurs souvent une source de litige, chacun souhaitant garder une certaine proximité avec les structures anciennes. L'association SAMU de France a pris une position ferme sur cet aspect des choses, recommandant aux structures communes une installation au sein des hôpitaux (annexe 4). Aujourd'hui le Dr GAUTHIER reconnaît l'intérêt de cet outil et précise qu'il existe une amélioration certaine sur les « absences de décrochés » (appels restant sans réponse). La plateforme du 37 fonctionne différemment de celle du Cher. Elle utilise un « front office » c'est-à-dire que les appels arrivent de manière indifférenciée sur un PARM ou un opérateur pompier. Les fiches de réception des appels sont alors renseignées et l'appel est ensuite transmis au service concerné, soit au CTA, soit au CRRA. Il serait également intéressant de comparer ces deux types de réception des appels : un décroché indifférencié 15-18-112 en « call center » versus un décroché selon le numéro composé par l'utilisateur avec le CRRA pour le 15 et le CTA pour le 18-112.

Le Docteur MICHEL va plus loin encore, affirmant que la plateforme commune a permis au département du Cher d'être en avance sur d'autres départements concernant les objectifs demandés par le référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (référentiel élaboré en juin 2008, sous l'égide du ministère de l'Intérieur et de la Santé)^{11 17}. Parmi ces objectifs nous pouvons citer par exemple la place de l'infirmier sapeur-pompier dans le cadre des secours et des soins d'urgence, la mise en place des « départs réflexes » ou encore la redéfinition des bilans secouristes (dans leur forme et leur contenu) transmis à la régulation au moment des interventions.

Par ailleurs, la Cour des comptes, dans son rapport public thématique sur les SDIS de novembre 2011, appelle à généraliser les centres d'appels communs SDIS et SAMU, prenant comme exemple le département du Cher. « Cette amélioration permet une réduction non négligeable des dépenses de santé »¹⁸. Cet argument est à considérer dans le contexte actuel d'économie de santé.

Nous pouvons toutefois nous interroger quant à la généralisation de ce bénéfice à tous les CRRA / CTA. En effet, d'autres paramètres comme, la densité de population, l'étendue géographique, la répartition géographique et le nombre de SMUR et de casernes pompiers sont des éléments à prendre en compte.

La mise en place de la plateforme a donc eu un impact positif sur les réclamations, nous laissant présumer d'une plus grande satisfaction des usagers. Cette hypothèse pourrait être renforcée par une étude qualitative sous forme de questionnaire envoyé à chaque appelant afin d'évaluer leur ressenti global quant au service d'urgences pré-hospitalières.

Conclusion

La mise en place d'une plateforme commune de régulation des appels 15-18-112 dans le Cher a permis de diminuer le nombre de lettres de réclamation des usagers, principalement sur les réclamations ayant pour motif le délai d'intervention considéré comme trop long. Les acteurs et responsables de ces structures communes de régulation sont unanimes pour reconnaître les avantages que procure un tel outil. Néanmoins tous soulignent l'importance des relations humaines cordiales pour un bon fonctionnement. Chaque service garde ses prérogatives mais le rapprochement géographique facilite, le respect, la reconnaissance des missions respectives et la prise de conscience des problèmes de chacun. Le département du Cher, comme d'autres, semble avoir trouvé le meilleur moyen d'apporter à la population une réponse rapide, adaptée, efficace et mesurée à l'urgence pré-hospitalière.

Bibliographie

1 - 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 SAMU.

2 - Circulaire DHOS/01 n° 2001-76 du 5 février 2001 relative à la participation des transports sanitaires privés dans la prise en charge des urgences pré hospitalières.

3 - Circulaire du 6 février 1979 relative à l'AMU, coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée, la mise en place des Centres 15. Paris : BO, 6 février 1979.

4 - Circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente. Conditions d'un partenariat.

5 - Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

6 - Aubry ph. Place du centre 15 au sein de la médecine d'urgence en Moselle. Thèse médecine, Nancy 1, 1992

7 - Renon s. Collaboration des SDIS et des services médicaux d'urgence dans les pays de la Loire. Thèse médecine, Angers, 1990 ; 180f ; n° 90/ange/10 31/B

8 - Décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services départementaux d'incendie et de secours.

9 - Circulaire du 12 avril 1996 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

10 - Module Inter-Professionnel de Santé Publique, Prise en charge de l'urgence médicale extra-hospitalière : pour une meilleure coordination entre SAMU, pompiers et médecins libéraux de garde. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; 2002

11 - Référentiel commun. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités locales
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
28 Juin 2008 http://www.pompiers.fr/uploads/media/referentiel_SAP_juin_08.pdf
http://www.pompiers.fr/uploads/media/referentiel_SAP_juin_08.pdf

12 - Demengeon s. La responsabilité des médecins régulateurs au SAMU-centre 15 et les recours à disposition des usagers en cas de litiges. Etude de leur mise en œuvre par une revue des réclamations et plaintes impliquants le centre 15 de l'Isère de 2007 à 2010.
Thèse médecine, Grenoble, 2011

13 - Cappe Ph. Interconnexion SAMU-SDIS Enquête nationale et expérience du département de la Somme.
Thèse médecine, Amiens, 1993

14 - Roussel Lenoir S. Bilan de l'interconnexion entre le SAMU du CHU de Rouen et le service départemental d'incendie et de secours de Seine Maritime au cours de l'année 2001.
Thèse médecine, Rouen, 2002

15 - Dr Briole. Régulation médicale : nouveautés et perspectives.
Conférence de réanimation pré-hospitalière – cycle 2008 / 2009

16 - Barat I, Baccino E. La responsabilité du médecin régulateur. La régulation médicale est-elle un métier à risques ? Revue de médecine légale, 2010

17 - Dr Michel O. Une collaboration exemplaire qui fait de nous un département précurseur !
Edito magazine du SDIS du Cher, novembre 2009, N° 16 – p. 2

18 - Rapport public thématique sur les SDIS, Cour des comptes, novembre 2011

Personnes rencontrées ou interviewées :

Docteur O. MICHEL, Chef de service du SAMU du Cher depuis 2002

Docteur G. HULARD, Chef du SAMU/SMUR de l'Aude de juin 2007 à mars 2012

Docteur T. GAUTHIER, Médecin responsable unité SAMU d'Indre-et-Loire

Lieutenant-colonel D. SARRAZIN, Chef du pôle des moyens opérationnels et logistiques du SDIS du cher

Colonel RISDORFER, Directeur départemental des services d'incendie et de secours du Cher

Annexes

Annexe 1

	2008		2009		2010		2011	
Famille	Nb d'interv.	%	Nb d'interv.	%	Nb d'interv.	%	Nb d'interv.	%
AVP	1 673,00	6,18	1 790,00	6,06	1 699,00	6,16	1 514,00	6,24
Divers	5 848,00	21,61	7 227,00	24,47	5 939,00	21,54	4 623,00	19,05
Incendie	1 523,00	5,63	1 815,00	6,15	1 709,00	6,20	1 758,00	7,25
Risques Technologiques	340,00	1,26	367,00	1,24	340,00	1,23	290,00	1,20
Secours à personne	17 676,00	65,32	18 335,00	62,08	17 891,00	64,87	16 079,00	66,27
	27 060,00		29 534,00		27 578,00		24 264,00	

Rapport d'activité du SDIS du Cher (années 2008 à 2011)

Annexe 2

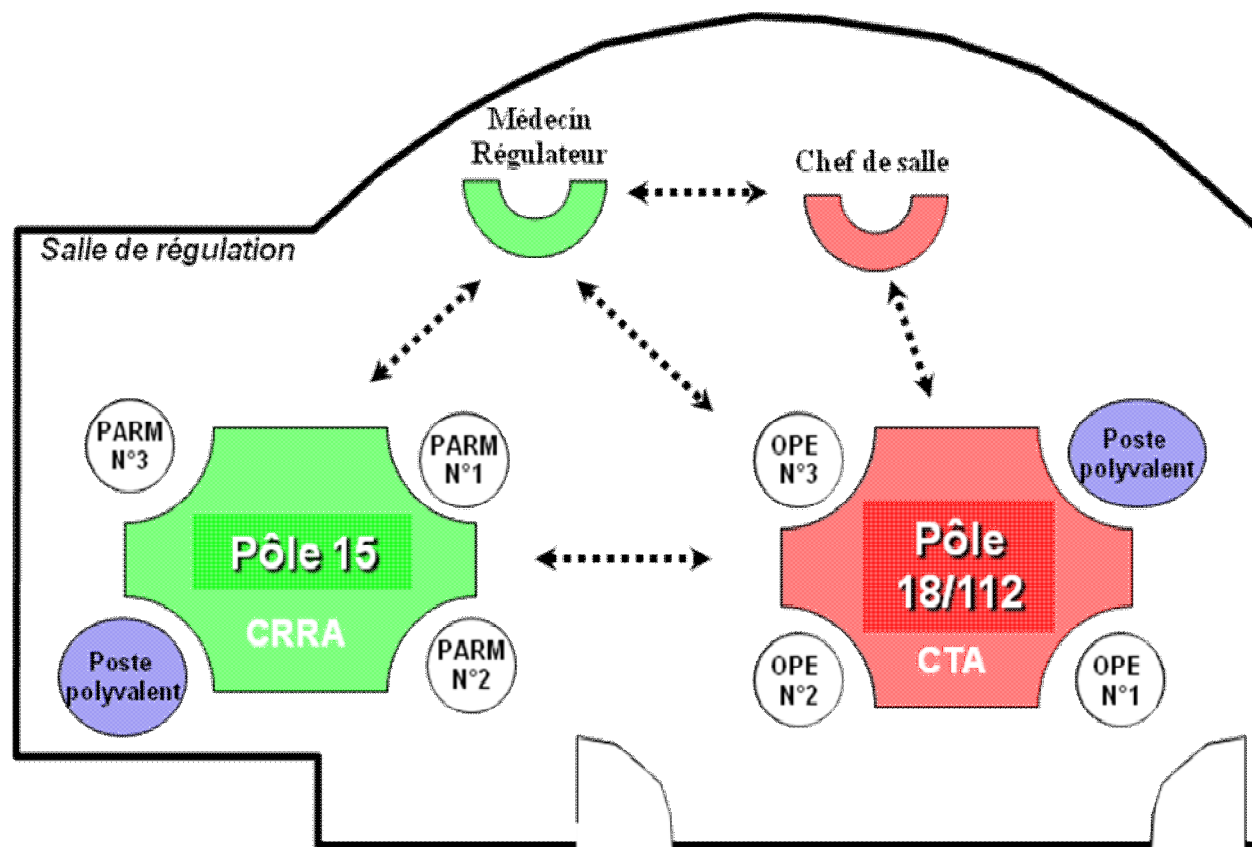
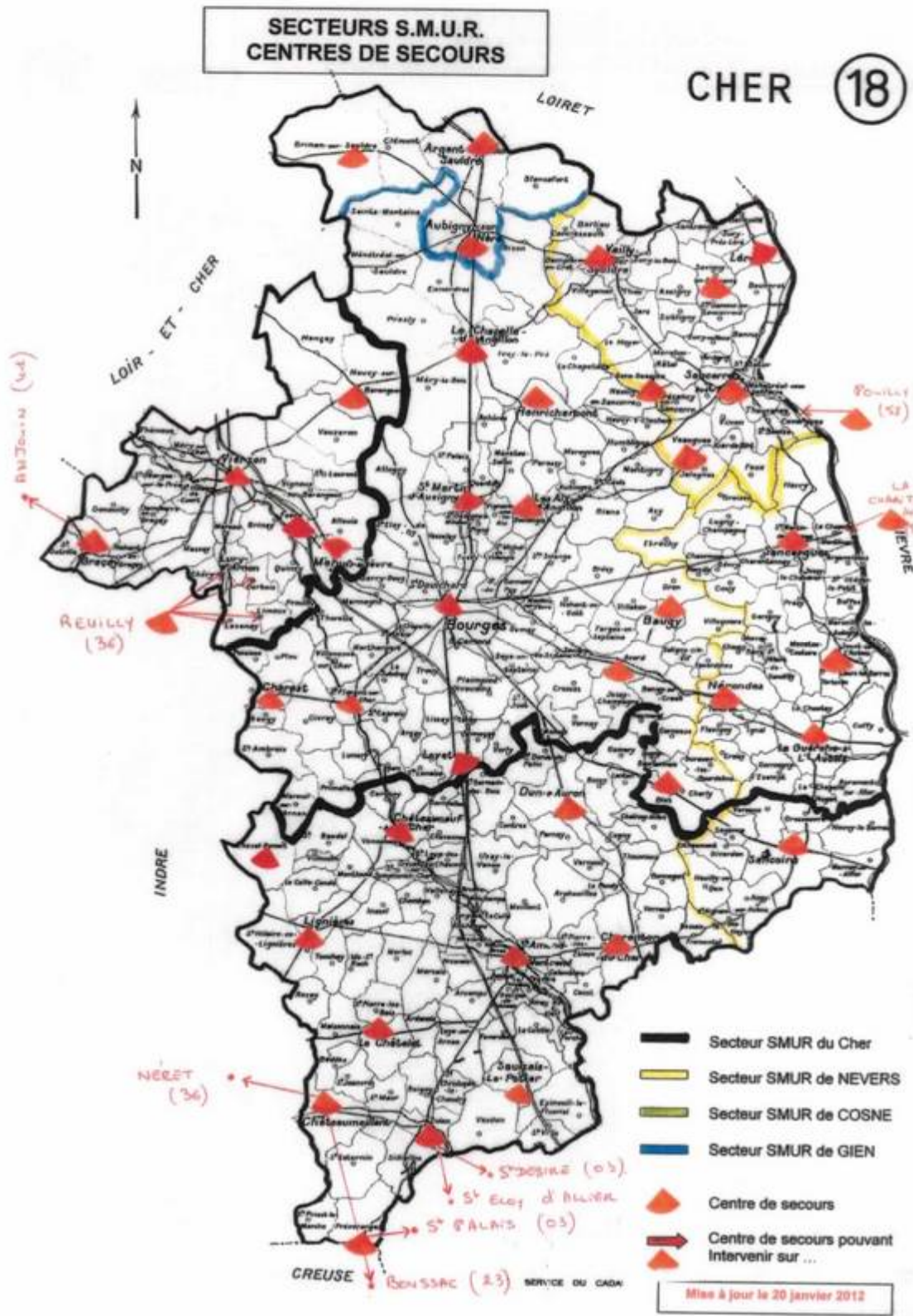


Schéma d'organisation de la salle de régulation de la plateforme commune SAMU/SDIS du Cher



Carte des secteurs SMUR et des centres de secours du Cher

Annexe 4

La position de SAMU de France (extrait) :

« SAMU de France considère :

- 1 - que toute organisation comportant l'éloignement physique du centre 15 du cœur de son hôpital de rattachement doit être absolument proscrite ;
- 2 - que toute base de données unique des appels au 15 et au 18 est également à proscrire ;
- 3 - que les autorités sanitaires doivent assumer leurs responsabilités dans le domaine de l'aide médicale urgente et en particulier, ne pas laisser se dégrader les conditions de travail dans certains sites au point de pousser les acteurs de terrain à imaginer, dans une logique de sauvetage, des solutions faisant trop largement appel à des contributions extérieures au domaine de la santé ;
- 4 - que le réseau inter-SAMU doit être renforcé ;
- 5 - que l'évolution vers des plates-formes d'écoute et de régulation médico-psycho-sociale doit être prise en compte et encouragée
- 6 - que le partenariat entre SAMU et SDIS doit être renforcé par les moyens autres que la cohabitation (procédures communes, entraide, participation des médecins des pompiers à la régulation médicale au SAMU, mises en place en compatibilité des équipements de télécommunication et d'informatique, liaisons numériques à haut débit) ;
- 7 - que la cohabitation entre les centres 15 et 18 peut s'avérer une solution intéressante, dès lors que le rapprochement n'éloigne pas le centre 15 de sa base hospitalière ;
- 8 - qu'une évaluation des situations existantes de cohabitations 15+18 doit être conduite ;
- 9 - qu'une évaluation externe préalable doit être exigée lors de la discussion de tout projet nouveau ou en cours ;
- 10 - qu'une politique doit être définie et rapidement mise en place pour que le développement du numéro 112 ne désorganise pas le fonctionnement des Centres d'appels du SAMU et des pompiers. »

SAMU de France, rapport sur la coopération des centres d'appels SAMU (15) et SDIS (18).
Séminaire de Reims – 23/24 janvier 2001.

La revue des SAMU, 2001 ; Tome XXIII : 4-6

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

LECOCQ Guillaume Bertin Pierre

Thèse n°

51 pages – 9 tableaux – 6 graphiques – 2 illustrations

Résumé :

En juin 2005 a été inaugurée dans le Cher la plateforme commune de régulation SAMU/SDIS. Ce travail étudie l'impact de ce nouvel outil de régulation sur les lettres de réclamations des usagers. Nous avons pour cela repris l'ensemble des lettres adressées au SAMU du Cher sur 10 années. Notre critère principal de jugement est la comparaison du nombre de lettres avant et après la mise en place de cette plateforme de régulation. Nos critères secondaires sont les motifs, les pathologies, les réponses du SAMU, le nombre d'enquêtes et comparent le nombre de lettres à l'activité globale des services du SAMU et du SDIS. Notre étude montre une baisse significative du nombre de lettres, baisse principalement constatée sur les réclamations ayant comme motif de mécontentement le délai d'intervention. L'étude des réponses aux réclamations montre que dans la majorité des cas la plateforme a fonctionné tout à fait normalement ; ceci se traduit par le faible nombre d'enquêtes faisant suite à ces réclamations. Peu d'études ont été réalisées sur les plateformes communes de régulation. Nous retrouvons néanmoins beaucoup de témoignages en faveur de ce type de structures. Notre travail et la revue de la littérature semblent montrer que les plateformes communes de régulation sont à l'heure actuelle le meilleur outil des SAMU et SDIS pour répondre à une demande croissante des soins pré-hospitaliers de la part de la population.

Mots clés : Plateforme commune SAMU/SDIS,
Régulation,
Département du Cher,
Lettres de réclamations

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Membres : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN
Monsieur le Docteur Olivier MICHEL, Directeur de thèse
Monsieur le Lieutenant-colonel David SARRAZIN

Date de la soutenance : 23 Octobre 2012