

## **RÉCLAMATIONS ET PLAINTES (RS) DANS UN SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU) : ANALYSE DESCRIPTIVE DANS UNE DÉMARCHE D'ASSURANCE QUALITÉ**

F. VALLI, D. THIERCELIN, B. DJIAN, G. ANDRIEUX, C. LEMESLE, N. GALIANO, R. DOMERGUE  
SAMU 06, CHU de Nice, France

**Mots-clé :** assurance-qualité, réclamations, plaintes

**Introduction :** L'objectif est d'établir une typologie des RS adressées au SAMU afin d'analyser les éventuels dysfonctionnements dans l'organisation du service dans une démarche d'assurance qualité.

Un protocole de traitement des RS adressées au service a été mis en place au 1<sup>er</sup> septembre 2004. Sa mise en place nous a paru indispensable à la suite d'une réunion d'information, auquel participait le SAMU, entre l'administration hospitalière, la mutuelle professionnelle d'assurance de l'établissement et plusieurs services de soins. Elle nous a sensibilisé sur le rôle de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) (loi n° 2002-303 du 4/3/2002, art. 16, « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » et art. L 1112-3 du Code de la Santé Publique) anciennement Commission de Conciliation. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de veiller à ce qu'ils puissent exprimer leurs griefs et de faciliter leurs démarches. Elle doit donc être informée des RS, et, avoir accès aux données médicales avec l'accord des personnes concernées ou de leurs ayants-droits dans le respect du secret professionnel.

L'autre point d'actualité abordé, était le droit pour le patient à l'accès aux informations contenues dans son dossier médical (loi du 4/3/2002 et arrêté du 5/3/2004) qui peut lui être remis directement ou à ses ayants-droits, sur demande écrite et motivée, accompagnée de pièces justifiant de l'identité du demandeur, et, le cas échéant, de sa qualité d'ayant-droit.

Nous étions alors, déjà engagés dans une démarche de gestion, que nous souhaitons plus rigoureuse, des RS qui pouvaient nous être adressées.

**Méthode :** Notre démarche associée à l'obligation de nous conformer à la réglementation a donné lieu à la mise en place d'un protocole écrits qui formalise la procédure de traitement d'une réclamation, à savoir, la mise en place : d'une **main courante** où est consigné l'ensemble des actions qui sont associées à la réception d'une réclamation (date d'enregistrement de la saisine, date de l'affaire, médecin responsable du traitement de la réponse, nécessité d'écoute d'enregistrements, qualité de requérant...), d'une procédure écrite sur les modalités d'écoute des enregistrements médicaux des appels 15 après la prise d'un avis juridique, de l'envoi immédiat d'un « accusé réception » de la réclamation, d'une information systématique de la CRUQPC pour toute réclamation adressée directement au service ainsi que d'une copie de la réponse apportée.

Cette étude descriptive rétrospective portant sur dix mois du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 30 juin 2005 tente d'évaluer les motifs de griefs des usagers et les délais de saisine.

Au recensement de 1999 (INSEE), la population des Alpes-maritimes était de 1 011 326 habitants (soit 235 hab./km<sup>2</sup>) pour une population urbaine de 963 976 habitants (95 p.cent) et rurale 47 350 habitants (5 p.cent).

**Résultats :** Sur la période, le Centre 15 du SAMU 06 a reçu 219 415 appels (soit près de 22 000 appels/mois) pour 145 128 affaires traitées. Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Nice rattaché au SAMU 06 est intervenu 5 323 fois (primaires et secondaires confondus).

Dans ce laps de temps, on dénombre 29 réclamations. La médiane entre la date de l'affaire et la saisine du service est de dix jours (d'un à 276 jours).

Toutes les RS concernent la régulation des appels du Centre 15 (aucune l'activité du SMUR). Nous avons pu regrouper les motifs de réclamation en cinq groupes (il peut y avoir plusieurs motifs pour une réclamation) : 12 contestations sur la nature des moyens engagés (41,4 p.cent) jugés en décalage avec l'urgence ressentie, sept demandes de justification des délais d'arrivée du moyens choisi (24,1 p.cent) par le Centre 15, trois problèmes relationnels (10,3 p.cent) avec un intervenant ou un Permanencier d'Aide à la Régulation Médicale (PARM), deux demandes de justification sur l'orientation décidée (6,9 p.cent) et un groupe à part de neufs (31 p.cent) autres recours inclassable (réquisition des bandes audio par l'autorité judiciaire, demande de dossier médical, permanence des soins...).

**Discussion :** Le nombre de RS comparé au nombre d'appel reçus (0,01 p.cent) pourrait faire penser que le problème est négligeable. Il faut pourtant signaler que chaque affaire est ressentie individuellement, par le requérant comme par la personne mise en cause dans le service, comme une situation très pénible. Il n'y a pas, actuellement, de mise en examen concernant ces plaintes dans la période concernée.

Notre réactivité souffre d'un manque de ressource médicale important grevant les délais de réponse d'une façon importante. Cette situation nous semble difficile à améliorer sans le recrutement de

personnel supplémentaire. En revanche, toutes les plaintes sont traitées et suivies grâce à cette procédure.

Concernant la typologie des RS, notre attention a été attirée, à l'occasion des problèmes relationnels rapportés, sur un comportement individuel qui a été jugé du ressort de la faute professionnelle (plusieurs manquements graves), ce qui a entraîné une mesure de licenciement de l'agent. En revanche, la justification des délais d'intervention ou le comportement des partenaires de l'Aide Médicale ne nous incombe pas toujours.

La prise en compte des motifs de RS a entraîné une réflexion sur notre pratique (délais de départ de nos équipes...). La nécessité de l'écoute de certains enregistrements nous a permis également de mener une réflexion sur nos modalités de régulation dont le patient ne peut que bénéficier.

L'exploitation de cette base de donnée nous paraît d'une grande valeur dans une démarche d'amélioration de la qualité de prestation de la régulation médicale notamment. Elle ne doit probablement pas, en revanche, induire des comportements non conformes à une évaluation médicale sereine des appels.