



HAL
open science

**La responsabilité des médecins régulateurs au
SAMU-centre 15 et les recours à disposition des usagers
en cas de litige : étude de leur mise en œuvre par une
revue des réclamations et plaintes impliquant le centre
15 de l'Isère de 2007 à 2010**

Demengeon Sébastien

► **To cite this version:**

Demengeon Sébastien. La responsabilité des médecins régulateurs au SAMU-centre 15 et les recours à disposition des usagers en cas de litige : étude de leur mise en œuvre par une revue des réclamations et plaintes impliquant le centre 15 de l'Isère de 2007 à 2010. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00643303

HAL Id: dumas-00643303

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00643303v1>

Submitted on 21 Nov 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N°

**LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RÉGULATEURS AU SAMU-
CENTRE 15 ET LES RECOURS À DISPOSITION DES USAGERS EN
CAS DE LITIGE.
ÉTUDE DE LEUR MISE EN ŒUVRE PAR UNE REVUE DES
RÉCLAMATIONS ET PLAINTES IMPLIQUANT LE CENTRE 15
DE L'ISÈRE DE 2007 À 2010.**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Par Sébastien DEMENGEON

Né le 19 août 1980 à Épinal.

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 17 novembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : Professeur Françoise CARPENTIER

Membres : Professeur Vincent DANEL
 Docteur François PAYSANT
 Docteur Arnaud VAGNEUR
 Monsieur Raphaël GRANDFILS
 Monsieur Benjamin GAREL

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Fascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMAITTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTRVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIPPET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOU	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGEANT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABAHERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

Remerciements

Madame le Professeur Françoise Carpentier, Président du Jury

Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de mon jury de thèse.

Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Vincent Danel, Directeur de thèse

Merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir guidé dans ce travail.

Merci pour votre disponibilité.

Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur François Paysant

Merci pour vos conseils judicieux et pour votre aide.

Trouvez ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Arnaud Vagneur

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous en suis sincèrement reconnaissant.

Monsieur Benjamin Garel

Merci pour votre accueil et pour votre aide dans l'élaboration de ce travail.

Soyez assuré de ma sincère considération.

Monsieur Raphaël Grandfils

Merci de me faire l'honneur de siéger parmi mes juges.

Merci pour votre disponibilité et vos conseils avisés.

Veillez trouver ici l'assurance de ma profonde reconnaissance.

À ma famille, pour votre soutien indéfectible au long de mes études.

À Chiara, pour ta présence, ton optimisme et tes encouragements.

À mes amis.

À toutes celles et ceux qui ont accepté au cours de ma formation de partager avec moi leurs connaissances et leur expérience.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS :

ARM : assistant de régulation médicale.

CHU : centre hospitalier universitaire.

CPP : Code de procédure pénale.

CRCI : commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

CRRA : centre de réception et de régulation des appels.

CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

CSP : Code de la santé publique.

ITT : incapacité totale de travail.

ONIAM : office national d'indemnisation des accidents médicaux.

SAMU: service d'aide médicale urgente.

SDIS : service départemental d'incendie et de secours.

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS :	1
INTRODUCTION :	6
1ère Partie : Les responsabilités du médecin régulateur.	8
I. La responsabilité civile :	8
A. Historique :	8
1. Responsabilité délictuelle :	8
2. Responsabilité contractuelle :	8
3. Responsabilité médicale autonome :	8
4. Justification du débat sur la nature de la responsabilité :	9
B. Attribution de la responsabilité dans le cadre de la régulation au CRRA : ..	9
C. Conditions de la responsabilité :	10
1. L'existence d'une faute :	10
2. L'existence d'un préjudice :	11
3. L'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.	11
II. La responsabilité pénale :	11
A. Étendue de la responsabilité pénale du médecin :	11
B. Les infractions pénales :	12
1. Les infractions involontaires :	12
2. Les infractions volontaires :	13
III. La responsabilité professionnelle	13
A. Fondement de la responsabilité professionnelle :	13
B. Nature de la responsabilité professionnelle :	13
C. Sanctions prononcées :	14
2^{ème} Partie : Les recours à disposition de l'utilisateur en cas de litige.	15
I. La réclamation :	15

II. La demande de réparation :.....	17
A. La voie amiable :.....	17
1. Demande de réparation adressée à l'établissement de soin :.....	17
2. Le recours à la Commission Régionale de Conciliation de d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales:.....	17
a) Composition des CRCI :.....	17
b) Les missions des CRCI :.....	18
c) Les compétences des CRCI :	18
d) Les procédures réalisables auprès des CRCI :.....	19
B. La voie contentieuse :.....	21
1. La faute de service :.....	21
a) Caractéristiques de la procédure de demande d'indemnisation auprès de la juridiction administrative :	21
b) Déroulement de la procédure :.....	22
c) Voies de recours	22
2. La faute détachable du service :.....	23
III. Sanction d'une infraction pénale :	23
A. Principes de la procédure pénale :	23
B. Déroulement de la procédure pénale:.....	24
1. La phase de poursuite :	24
2. La phase d'instruction :	24
a) Les actes d'instruction :.....	25
b) Les statuts juridiques des personnes entendues par le juge d'instruction :	25
c) La clôture de l'instruction :.....	26
3. La phase de jugement :	26
a) Caractéristiques générales de la procédure au tribunal correctionnel	27
b) Le déroulement des débats :	27
c) Le jugement :.....	27

d) Les recours	28
IV. Les procédures disciplinaires :	28
A. Principes généraux :	28
B. La procédure devant les chambres disciplinaires:	29
3ème partie : Revue des dossiers de réclamations et de contentieux impliquant le centre de réception et de régulation des appels du SAMU 38 de 2007 à 2010.....	30
I. Matériel et méthode :	30
A. Matériel.....	30
1. Critères d'inclusion :	30
a) Les dossiers de réclamation	30
b) Les dossiers de plainte :	30
2. Critères d'exclusion :	31
B. Méthode :	32
1. Méthode d'étude des réclamations :	32
a) Recueil des informations concernant l'appel téléphonique :	32
b) Recueil des informations sur la nature du mécontentement :	32
c) Recueil des informations sur la réponse rédigée par le SAMU 38 : ...	32
d) Recueil des informations sur la qualité du médecin régulateur :	32
2. Méthode d'étude des plaintes :	32
II. Résultats :	33
A. Dossiers retenus pour l'étude :	33
B. Répartition des dossiers de réclamation et de plainte :	33
C. Étude des réclamations :	34
1. Description des appels concernés par les réclamations :	34
a) Age et sexe des patients concernés :	34
b) Motifs d'appel des dossiers suivis d'une réclamation :	35
c) Les plaintes exprimées dans les réclamations et réponses apportées :	36
d) Statut des médecins intervenus dans les dossiers sujets à réclamations :	36

D. Étude des plaintes ayant donné lieu à l'ouverture d'une procédure :	37
1. Procédures amiables :	37
a) Médiation :	37
b) Demande d'indemnisation auprès de la CRCI :	37
2. Les procédures en contentieux:	37
a) Procédures d'indemnisation au tribunal administratif :	38
b) Les procédures pénales.....	38
c) Qualité des médecins impliqués dans les dossiers de plainte :	40
III. Discussion	40
A. Les réclamations :	40
1. Nombre.....	40
2. Les motifs	41
3. La qualité des médecins régulateurs concernés par les réclamations :	42
B. Les plaintes	43
1. Nature et devenir :	43
2. Qualité des médecins impliqués dans les dossiers de plainte :.....	43
C. Forces et faiblesses de l'étude :	44
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXE : Procédure interne de gestion des réclamations au SAMU 38.....	50
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	51

INTRODUCTION :

L'aide médicale urgente « a pour objet [...] de faire assurer aux malades, blessés et parturientes en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins appropriés à leur état »[1]. En France, elle est organisée d'une façon spécifique : elle repose sur les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), structures hospitalières qui assurent, entre autres, deux activités nécessaires à la prise en charge des patients : les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA).

Les SMUR sont un des moyens disponibles pour venir en assistance à un patient. Ils sont composés d'un médecin formé à la médecine d'urgence et d'une infirmière diplômée d'État. Ils disposent du matériel de réanimation nécessaire.

Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) ont été créés officiellement en 1986 et traitent les appels au numéro téléphonique d'urgence gratuit 15. Ces appels concernent des situations médicales urgentes ou ressenties comme telles et bénéficient en France d'une régulation médicale. L'acte de régulation médicale fait intervenir en premier lieu un Assistant de Régulation Médicale (ARM) qui recueille les informations administratives nécessaires, les symptômes et antécédents du patient et sa demande. S'il détecte une urgence vitale immédiate, il peut engager directement des moyens lourds comme un SMUR. L'appel est ensuite transmis à un médecin régulateur qui peut être de deux statuts différents. En effet, des médecins généralistes formés à la régulation et des médecins urgentistes collaborent pour assurer la régulation des appels. Les premiers prennent en charge les appels relevant de la permanence des soins (en rapport avec des affections relevant de la médecine générale). Les seconds assurent la réponse aux appels relevant de l'aide médicale urgente comme par exemple une situation de détresse vitale. Des critères précis permettent à l'assistant de régulation de transmettre l'appel à l'un ou à l'autre selon la nature de la demande. La participation des médecins généralistes à la régulation répond à des critères définis dans le règlement intérieur du CRRA, dans le cadre d'une convention avec les Caisses d'Assurance Maladie.

L'objectif de la régulation médicale est de déterminer et déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation. Compte tenu de son mode d'exercice particulier à distance du patient, le médecin régulateur ne dispose que d'un interrogatoire médical pour prendre sa décision.

En 2002, une réorganisation de la permanence des soins conditionne l'accès au médecin généraliste de permanence : « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisé par le service d'aide médicale urgente » [2]. La régulation des appels relevant de la permanence des soins implique alors une augmentation du nombre d'appels reçus par les CRRA qui ne cesse de croître depuis.

Le nombre croissant d'affaires traitées et le type d'exercice particulier qu'implique la régulation augmentent le risque d'erreur ou de dysfonctionnement des CRRA. Or, ces dysfonctionnements peuvent avoir des conséquences dramatiques, et, supposés ou avérés, ils ont toujours un retentissement médiatique important. Les médecins régulateurs semblent particulièrement exposés dans cette activité délicate de télé-médecine.

Dans ce contexte, le travail réalisé est centré volontairement sur le médecin régulateur. Nous présenterons successivement l'étendue de sa responsabilité par une étude de la législation en vigueur. La deuxième partie du travail permettra d'exposer les divers recours à disposition des usagers des CRRA en cas de litige. Enfin, l'étude des dossiers de réclamation et de plainte impliquant le CRRA, du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010, archivés au SAMU 38 du Centre Hospitalier de Grenoble permettra d'évaluer l'utilisation de ces moyens de recours en cas de litige avec le CRRA du SAMU 38.

1ère Partie : Les responsabilités du médecin régulateur.

On distingue trois types de responsabilités du médecin au cours de son exercice : la responsabilité civile : « être civilement responsable, c'est être tenu de réparer le dommage subi par une victime » [3], la responsabilité pénale et la responsabilité disciplinaire qui sont sources de sanctions.

I. La responsabilité civile :

A. Historique :

La nature de la responsabilité civile du médecin a connu une évolution. Initialement elle a été définie de nature délictuelle, puis de nature contractuelle, pour enfin évoluer vers une responsabilité civile médicale autonome.

1. Responsabilité délictuelle :

Initialement la responsabilité civile du médecin a été affirmée comme une responsabilité délictuelle : en 1835, l'arrêt Thouret Noroy [4] estime que les articles 1382 et 1383 du Code civil s'appliquent au médecin : « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ; chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

2. Responsabilité contractuelle :

Dans un deuxième temps, la nature de la responsabilité civile du médecin a évolué vers une nature contractuelle : l'arrêt Mercier de la Cour de cassation du 20 mai 1936, estime 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 ». Le médecin est tenu de respecter l'engagement contractuel qui le lie à son patient, et dans le cas contraire il peut être condamné à verser une indemnisation comme le prévoit le Code civil (article 1147).

3. Responsabilité médicale autonome :

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait apparaître un article nouveau dans le Code de la

santé publique, l'article L 1142-1 qui définit la responsabilité des professionnels de santé : « 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'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. »

Ainsi les juridictions s'affranchissent du débat sur la nature de la responsabilité délictuelle ou contractuelle, et provoquent l'émergence d'une responsabilité médicale autonome.

4. Justification du débat sur la nature de la responsabilité :

La distinction entre une responsabilité de nature délictuelle et contractuelle déterminait le délai de prescription, respectivement 3 ans et 30 ans. Selon la nature de la responsabilité retenue par les juridictions, un patient pouvait ainsi se voir refuser une demande d'indemnisation atteinte par la prescription.

La définition de la responsabilité des médecins par l'article L1142-1 du Code de la santé publique implique un délai de prescription unique de dix ans à compter de la consolidation du dommage [5].

B. Attribution de la responsabilité dans le cadre de la régulation au CRRA :

La régulation fait intervenir des médecins régulateurs de deux statuts différents. Les premiers sont des médecins hospitaliers, salariés. Les seconds sont des médecins libéraux, participant à la permanence des soins, dans le cadre d'une convention avec les Caisses d'Assurance Maladie. Ces médecins généralistes libéraux traitent les appels concernant des affections relevant de la pratique de la médecine générale et ne nécessitant pas une évacuation immédiate par le SMUR. Bien qu'ils exercent une mission de service public au sein du SAMU, ces médecins conservent leur statut de profession indépendante. Les Caisses d'Assurance Maladie leur versent une indemnité pour leur participation.

Jusqu'en 2009, dans le cas d'un dommage causé au cours de l'activité de régulation d'un médecin libéral, les juridictions devaient définir si la

responsabilité revenait au praticien ou au centre hospitalier. L'attribution de la responsabilité faisait alors l'objet de débats.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a apporté une réponse à cette question : elle affirme que l'activité du médecin régulateur est couverte par la responsabilité administrative de l'établissement public de santé où il exerce sa mission.

Par conséquent, le médecin régulateur libéral ou hospitalier qui exerce son activité dans les limites de sa fonction n'engage pas sa responsabilité civile personnelle. Mais en cas de dommage causé au cours de la régulation, c'est la responsabilité administrative de l'établissement de soin qui est engagée.

Cependant, si le médecin dépasse le cadre de sa mission et commet une faute détachable définie comme un « manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique » [6], il se place dans un autre cas de figure, et devient responsable personnellement d'un dommage causé par sa faute.

C. Conditions de la responsabilité :

En dehors des situations de défaut de matériel et d'infections nosocomiales, les établissements de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soin qu'en cas de faute. L'article L1142-1 du Code de la santé publique décrit donc les conditions pour l'exercice de la responsabilité : l'existence d'une faute, l'existence d'un préjudice et l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

1. L'existence d'une faute :

La faute apparaissant dans les activités hospitalières peut être de deux types :

- La faute médicale, établie sur les mêmes critères que la faute rencontrée en matière de responsabilité civile du médecin : une action non conforme aux données acquises de la science ou aux prescriptions sanitaires ou légales.
- La faute de service : elle ne relève pas d'un acte médical mais de l'organisation et du fonctionnement du service.

2. L'existence d'un préjudice :

La nature des préjudices est très large et elle est définie par une atteinte à un intérêt quelconque, pourvu qu'il soit légitime. Cette atteinte est alors susceptible d'ouvrir droit à une réparation. Les juridictions reconnaissent ainsi des préjudices économiques et non économiques (esthétiques par exemple) consécutifs à une atteinte à l'intégrité physique, dus à une atteinte à l'intégrité physique, ou encore des préjudices moraux découlant d'une atteinte à un droit de la personnalité.

3. L'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

On retient ici l'importance des expertises médicales pour définir l'existence de ces trois conditions. Cependant, les juges ne sont pas tenus de suivre les conclusions des expertises pour rendre leur décision.

II. La responsabilité pénale :

A. Étendue de la responsabilité pénale du médecin :

Le médecin régulateur est responsable pénalement quelque soit son statut, hospitalier ou libéral participant à la régulation dans le cadre de la permanence des soins.

La présentation qui suit exclut les infractions pénales qui n'auraient pas de rapport avec l'activité de régulation médicale.

La loi autorise et justifie les atteintes volontaires à l'intégrité physique nécessaires à l'exercice de la médecine. Cependant, la responsabilité pénale du médecin régulateur pourra être recherchée lorsque l'acte, ou l'absence d'acte, imputés au médecin, constituent une infraction à un des articles du Code pénal.

Seuls les comportements décrits dans le Code pénal peuvent être réprimés pénalement. C'est le principe de légalité des délits et des peines. De plus, la loi pénale est d'interprétation stricte. Un comportement qui ne correspondrait pas exactement à celui prévu par le Code pénal ne peut pas faire l'objet de sanction pénale.

Les infractions pénales sont sanctionnées, selon leur nature, par les peines d'emprisonnement et les amendes prévues dans le Code pénal, auxquelles

peuvent s'ajouter d'autres peines comme une interdiction d'exercer une profession.

B. Les infractions pénales :

Dans le cadre de la régulation médicale, on retient deux types d'infractions : involontaires et volontaires qui regroupent chacune différentes infractions.

1. Les infractions involontaires :

Ce sont les atteintes involontaires à l'intégrité physique des personnes représentées par l'homicide involontaire et les blessures involontaires.

- L'homicide involontaire est « le fait de causer, [...], par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui. » [7]
- Les blessures involontaires sont « le fait de causer à autrui, [...], par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail (ITT) [...] ». [8]

On distingue le délit de blessures involontaires si l'ITT est supérieure à 3 mois, et la contravention de blessures involontaires si l'ITT est inférieure à 3 mois.

La violation délibérée d'une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est considéré comme un facteur aggravant et l'infraction commise est alors punie plus sévèrement. [9]

Pour engager la responsabilité pénale du médecin, trois conditions doivent être réunies : l'existence d'une faute, un dommage causé (ici une blessure ou le décès du patient), et un lien de causalité certain entre la faute et le dommage.

Le Code pénal distingue ainsi cinq types de comportements considérés comme des fautes, énumérées dans les définitions précédentes. Il n'y a pas de différence de gravité entre les fautes, toutes peuvent être à l'origine de sanctions. L'appréciation de la faute est laissée au juge. La référence pour apprécier le comportement normal d'un médecin est l'attitude d'un bon professionnel: l'engagement du praticien à donner au patient des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science.

2. Les infractions volontaires :

Au cours de l'exercice de la régulation médicale des appels, on ne retiendra comme infraction volontaire que l'omission de porter secours aussi appelée non assistance à personne en danger.

L'article 223-6 alinéa 2 du Code pénal sanctionne « quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

De cet article découlent trois éléments nécessaires pour la réalisation de l'infraction : la conscience du péril, le défaut d'assistance et l'absence de risque. Chacun de ces éléments est sujet à interprétation de la part du juge. Pour le médecin régulateur, sa conscience du péril est recherchée notamment par l'étude des fiches informatiques de régulation et par l'écoute des enregistrements des conversations téléphoniques.

III. La responsabilité professionnelle

A. Fondement de la responsabilité professionnelle :

Les médecins sont tenus d'exercer leur activité dans le respect des règles qui organisent la profession de médecin. Ces règles sont rassemblées dans le Code de déontologie qui est intégré dans la partie réglementaire du Code de la santé publique depuis 2004. [10][11]

Le code de déontologie est divisé en quatre titres : les devoirs généraux des médecins, les devoirs envers les patients, les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé, et l'exercice de la profession.

B. Nature de la responsabilité professionnelle :

Les juridictions disciplinaires du conseil de l'ordre des médecins veillent au respect de ces règles déontologiques et prononcent des sanctions à l'encontre des médecins en cas d'infraction. Les chambres disciplinaires n'exercent qu'une action répressive, et elles ne se prononcent pas par exemple sur la réparation d'un dommage.

C. Sanctions prononcées :

Les sanctions encourues sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer (avec ou sans sursis), l'interdiction permanente d'exercer (pour les fonctions salariées publiques), et la radiation du tableau de l'Ordre.

2^{ème} Partie : Les recours à disposition de l'utilisateur en cas de litige.

Par le terme "plaignant" on entend ici la personne se disant victime ou ses ayants droit.

On peut distinguer les litiges selon l'intention qui anime le plaignant :

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

I. La réclamation :

On entend ici par "réclamation", toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques et les suggestions de la part d'un usager. Celui-ci peut formuler une réclamation orale ou écrite, adressée au responsable du service concerné ou à la direction générale du centre hospitalier.

Conformément à la réglementation [12], le système de gestion des plaintes du CHU permet d'apporter une réponse personnalisée à chaque plainte. Il s'agit également d'un des critères de certification des établissements de santé [13], étudié dans le cadre de l'évaluation des pratiques.

Le SAMU 38 a mis en place une procédure interne de gestion des réclamations [Annexe]. Un médecin et une secrétaire référents dans le service assurent la gestion des réclamations et des plaintes. Ces dernières parviennent au SAMU soit directement du plaignant, soit par l'intermédiaire de la Direction Générale du CHU.

À l'arrivée du courrier de réclamation, les pièces concernant l'affaire sont rassemblées afin de constituer un dossier référencé et numéroté. Pour les courriers directs, le service accuse réception de son courrier au plaignant dans un délai de 15 jours.

Le service demande un rapport sur l'affaire auprès du médecin concerné. Avec l'ensemble des informations collectées, le service élabore une réponse directe au plaignant ou à la Direction Générale selon la provenance de la réclamation. Conformément à la procédure interne, le service dispose d'un délai de deux mois pour retourner une réponse à compter de la réception du courrier initial.

Les réclamations qui impliquent à la fois le SAMU 38 et le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) reçoivent une réponse rédigée conjointement par les deux services. Il s'agit d'une procédure propre au département de l'Isère.

Si la nature de la réponse dépend logiquement de la réclamation, la mise en forme suit généralement quelques principes :

- La reformulation de la plainte ;
- Des explications s'appuyant sur des faits ;
- La reconnaissance des erreurs et la présentation d'excuses s'il y a lieu ;
- La description des mesures prises pour éviter un nouveau dysfonctionnement.

La réponse apportée permet donc de fournir des explications au plaignant et de présenter des excuses le cas échéant. Un entretien entre les responsables concernés et le plaignant peut être proposé afin de compléter la réponse.

La loi No 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé au sein des établissements de santé, les commissions des relations avec les usagers des soins et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). La CRUQPC a pour mission de faire le lien entre l'hôpital et les usagers, elle veille aussi au respect des droits des patients.

La CRUQPC est composée au moins :[14]

- Du directeur de l'établissement ;
- De deux représentants des usagers ;
- Du médiateur médecin et du médiateur non médecin.

Au cours de chacune de ses réunions, la CRUQPC assure une revue et un suivi des réclamations et des réponses apportées.

La CRUQPC a un rôle d'amélioration de la qualité de l'établissement de soin. Elle recueille les informations concernant la qualité, dont les plaintes et réclamations. A partir des informations rassemblées, elle peut formuler des recommandations au conseil d'administration pour l'amélioration des pratiques dans l'établissement de soin.

II. La demande de réparation :

Afin d'obtenir réparation d'un préjudice, le plaignant a plusieurs moyens à sa disposition. On distingue la voie amiable de la voie contentieuse.

A. La voie amiable :

Elle regroupe la demande directe de réparation auprès de l'établissement de soin et le recours à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux.

1. Demande de réparation adressée à l'établissement de soin :

Le plaignant peut adresser directement à la direction de l'établissement une demande de réparation d'un préjudice survenu au cours d'une activité de soin. La réparation se fait sous la forme d'une indemnisation.

L'établissement contacte alors l'organisme qui l'assure pour ce risque. L'assureur demande de façon quasi systématique une expertise et selon le résultat de l'expertise, l'assureur peut accepter de verser au plaignant une indemnisation, après négociations sur son niveau. L'assureur peut également refuser la requête du plaignant.

2. Le recours à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales:

Les CRCI ont été créées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Leurs caractéristiques et leurs fonctions figurent dans le Code de la santé publique.

a) Composition des CRCI :

Le président est un magistrat de l'ordre judiciaire ou administratif nommé par le ministre de la justice.

Outre le président, les commissions sont composées de vingt membres représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), ainsi que de personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels. Les membres de la commission sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable.

L'ONIAM a aussi été créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins. Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif chargé au titre de la solidarité nationale de l'indemnisation des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale et des indemnisations qui lui incombent, dans les conditions prévues par la loi.[15]

b) Les missions des CRCI :

- Elles favorisent la résolution des conflits par la conciliation, c'est-à-dire parvenir à un accord entre les usagers et les professionnels de santé ou établissements de soins.
- Elles permettent l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux à condition qu'ils se trouvent dans leur champ de compétence.

c) Les compétences des CRCI :

L'acte à l'origine du dommage doit être survenu après le 4 septembre 2001 et sa gravité doit être supérieure à un certain seuil [16] défini ainsi :

- Un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24% selon un barème spécifique fixé par décret.
- Un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %.

A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu :

- Lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale.

- Lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

d) Les procédures réalisables auprès des CRCI :

- La procédure de conciliation :

L'utilisateur peut saisir la CRCI d'une demande de conciliation s'il n'est pas satisfait des soins, s'il est en désaccord avec un professionnel de santé ou avec l'établissement, ou s'il a été victime d'un dommage de gravité inférieure au seuil nécessaire pour une procédure d'indemnisation. Le fait à l'origine du litige doit être survenu à compter du 5 septembre 2001.

L'utilisateur saisit la commission en lui adressant un courrier recommandé avec accusé de réception indiquant le motif de sa demande et les coordonnées des professionnels concernés. La commission entend alors ces derniers et le plaignant, en faisant intervenir éventuellement les médiateurs.

Le résultat de la mission de conciliation est consigné dans un document signé par le plaignant et le professionnel concerné.

- La procédure d'indemnisation :

Toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soin peut saisir la CRCI. En cas de décès de la victime présumée, ses ayants droit ont la possibilité de saisir la commission.

La saisie de la commission est compatible avec une action par la voie contentieuse menée en parallèle. Toutefois, s'il y a recours, le plaignant doit en aviser la CRCI.

Chronologie de la procédure d'indemnisation :

Le plaignant rédige une demande motivée accompagnée des pièces justificatives et l'adresse à la commission compétente. Celle-ci apprécie alors si la demande entre dans son champ de compétence. A cette fin, elle peut faire appel à un expert. Les professionnels de santé et/ou les établissements de soins concernés sont alors informés par la commission de la procédure en cours.

Lorsque la commission s'estime incompétente, elle en informe les personnes concernées par la demande et également le plaignant du recours possible en conciliation.

Lorsque la commission s'estime compétente, elle désigne un collège d'experts et définit sa mission. Ces experts peuvent effectuer toute investigation, demander la communication de tout document aux parties ou aux tiers sans que le secret médical ou professionnel ne puisse leur être opposé. Le rapport d'expertise est adressé aux personnes concernées par la demande.

La commission se réunit alors afin de rendre un avis qui précise pour chaque chef de préjudice les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que son appréciation sur les responsabilités encourues. Cet avis est adressé au demandeur, à l'ONIAM, aux professionnels de santé concernés, à l'établissement de soin concerné, et à leurs assureurs.

Suite à l'avis rendu par la commission, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la ou des personnes concernées adresse dans un délai de quatre mois une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis, dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. Cette offre est provisionnelle tant que l'état de la victime n'est pas consolidé et une fois la consolidation prononcée, l'assureur propose une offre d'indemnisation définitive.

L'acceptation de l'offre d'indemnisation par le demandeur fait office de transaction au sens du code civil, c'est-à-dire un contrat écrit par lequel les parties terminent la contestation. Le paiement se fait dans un délai d'un mois.

L'offre peut être contestée par l'assureur s'il conteste la responsabilité de son client. Il peut exercer une action contre le tiers responsable ou l'ONIAM devant la juridiction compétente.

Le plaignant peut aussi contester l'offre s'il estime qu'elle est insuffisante. Il peut alors saisir la juridiction compétente. Dans ce cas, si le juge estime que l'offre était clairement insuffisante, il condamne l'assureur à verser, en plus de l'indemnisation à la victime, une somme au plus égale à 15% de l'indemnisation à l'ONIAM. L'objectif de cette somme supplémentaire à verser est d'éviter des propositions dérisoires d'indemnisation par les assureurs.

B. La voie contentieuse :

Pour l'indemnisation d'un préjudice causé par une faute commise par un médecin régulateur, la procédure contentieuse dépend de la nature de la faute commise. On distingue la faute de service et la faute détachable du service.

1. La faute de service :

Le médecin régulateur, libéral ou hospitalier, qui exerce son activité sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé n'engage pas sa responsabilité personnelle à l'égard du patient. C'est la responsabilité de l'établissement de soins qui est engagée.

Par conséquent, pour une demande de réparation d'un préjudice provoqué par une faute du médecin régulateur dans le cadre de son activité de régulation, la juridiction compétente est la juridiction administrative, représentée en première instance par le tribunal administratif.

Le plaignant doit adresser une demande préalable d'indemnisation au directeur de l'hôpital par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle relate les circonstances de l'intervention médicale et le préjudice subi.

Si l'établissement répond négativement, le tribunal doit être saisi dans les 2 mois. Si l'établissement n'a pas répondu dans un délai de 2 mois, le silence équivaut à un refus. Le tribunal doit être saisi par courrier dans un délai de 2 mois. L'assistance d'un avocat est généralement obligatoire [17].

a) Caractéristiques de la procédure de demande d'indemnisation auprès de la juridiction administrative [18]:

- La procédure est écrite :

La personne s'estimant victime, ses ayants droit ou leur avocat saisissent le tribunal administratif compétent par une requête écrite. Cette dernière est remise ou adressée au greffe du tribunal. Elle comporte les noms et domicile des parties, un exposé des faits et des moyens, ainsi que les conclusions soumises au juge.

- La procédure est contradictoire :

La requête du demandeur est transmise au défendeur, qui formule ses arguments également sous forme écrite, par un mémoire adressé au greffe du tribunal, dans un délai fixé par le juge. Ainsi, chaque mémoire qui apporte de nouvelles informations est communiqué à la partie adverse.

- La procédure est également inquisitoire:

Le juge dirige l'instruction de l'affaire et peut demander la communication par chacune des parties, d'informations ou de pièces complémentaires. Dans le cas d'une demande d'indemnisation, le tribunal ordonne de façon systématique une expertise médicale.

b) Déroulement de la procédure :

- L'instruction : elle commence dès que le greffe a enregistré la requête. Le président de la juridiction désigne alors un magistrat rapporteur, qui est le magistrat chargé de suivre l'instruction et de préparer un projet de décision. Le magistrat rapporteur fait partie de la formation de jugement. L'instruction se fait par échange de mémoires, rédigés par les parties.
- L'audience : à la fin de l'instruction, le dossier est transmis au rapporteur public. Ce magistrat est chargé de présenter des conclusions orales lors de l'audience publique en exprimant son opinion sur la solution qu'il recommande pour le litige, en toute indépendance. En effet le rapporteur public, bien que magistrat, n'appartient pas à la formation de jugement et ne participe par conséquent ni aux délibérations, ni au vote. Au terme de l'audience, l'affaire est mise en délibéré. Les parties quittent la salle et la séance publique s'achève.
- Le délibéré est secret. La formation de jugement composée du président du tribunal, du magistrat (conseiller) rapporteur et d'un conseiller s'accorde pour rendre une décision.
- Le jugement du tribunal administratif est rendu au nom du peuple français et transmis par voie postale aux parties une quinzaine de jours après l'audience.

c) Voies de recours

Le jugement rendu par le tribunal administratif peut être contesté en faisant appel, l'affaire est alors réexaminée au fond par la cour administrative d'appel.

En cas de pourvoi en cassation, c'est-à-dire de contestation sur la procédure ou le respect du droit par la cour administrative d'appel, la juridiction

compétente est le conseil d'État. Ce dernier peut alors annuler (casser) l'arrêt rendu et demander que l'affaire soit rejugée au fond (renvoi).

2. La faute détachable du service :

Dans le cas d'une faute détachable du service, définie comme « un comportement inexcusable au regard de la déontologie de la profession », c'est la responsabilité civile personnelle du médecin qui est engagée et l'affaire est jugée par les juridictions judiciaires compétentes.

III. Sanction d'une infraction pénale :

Elle est mise en œuvre en cas de mise en cause de la responsabilité pénale du médecin régulateur. Elle est déclenchée par le Ministère Public ou Parquet, au nom de la société, et tend au prononcé d'une sanction pénale à l'encontre de la personne reconnue responsable d'une infraction.

Les principales infractions pénales retenues dans le cadre de la régulation sont :

- Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne : blessures involontaires et homicide involontaire.
- Un délit volontaire : omission de porter secours.

A. Principes de la procédure pénale :

Le déroulement de la procédure répond à des règles précises, rassemblées dans le Code de procédure pénale. Le médecin qui y est confronté est considéré comme un citoyen comme les autres. On remarque que les infractions citées ci-dessus ne sont pas spécifiques de l'exercice de la médecine.

Les personnes mises en cause sont présumées innocentes tant que le tribunal n'a pas reconnu leur culpabilité, (principe de présomption d'innocence).

Dans le souci d'éviter une erreur judiciaire, l'affaire peut être jugée au fond par deux juridictions successives (principe de double juridiction). Pour les délits cités ci-dessus, il s'agit du tribunal correctionnel (chambre du tribunal de grande instance traitant de la matière pénale) au premier degré de juridiction et de la chambre correctionnelle de la cour d'appel au deuxième degré de juridiction.

Pour la contravention de blessures involontaires, le tribunal compétent est le tribunal de police.

B. Déroulement de la procédure pénale:

La procédure pénale se déroule schématiquement en trois phases, faisant intervenir trois fonctions :

1. La phase de poursuite :

Elle est exercée par le ministère public. Le procureur de la République représente le ministère public près le tribunal de grande instance. Il reçoit les plaintes et dénonciations et apprécie la suite à leur donner. Les plaintes sont déposées soit auprès des services de police et gendarmerie qui transmettent au procureur, soit directement auprès de ce dernier. Cependant, la plainte n'est pas une condition indispensable et le procureur de la République peut décider de poursuivre même en son absence ou après son retrait dès lors qu'il a connaissance des faits.

Débute alors une enquête préliminaire ou une enquête de flagrance, réalisée par les services d'enquête de police ou de gendarmerie, sous l'autorité du procureur de la République. Le but de cette enquête est de vérifier la réalité des faits rapportés. La personne potentiellement concernée est entendue par les services d'enquête au cours d'un interrogatoire, ou au cours d'une garde à vue (exceptionnelle dans le cadre médical).

A l'issue de l'enquête, selon les informations rapportées, le procureur de la République peut :

-classer l'affaire sans suite

-engager des poursuites en saisissant le juge d'instruction par un réquisitoire introductif d'instance, ou exceptionnellement saisir directement le tribunal correctionnel.

-mettre en route une procédure alternative aux poursuites

Une plainte avec constitution de partie civile, si elle est estimée recevable, oblige à l'ouverture d'une instruction.

2. La phase d'instruction :

L'instruction préparatoire est obligatoire en matière de crime ; sauf dispositions spéciales, elle est facultative en matière de délit [19];

Elle débute par la saisine du juge d'instruction par le procureur de la République ou par une plainte avec constitution de partie civile. Le juge

d'instruction procède à une instruction préparatoire. L'instruction doit permettre de déterminer d'une part l'existence d'une infraction et d'autre part si les charges qui pèsent sur une personne nécessitent son jugement par la juridiction compétente.

L'instruction a les caractéristiques d'une procédure inquisitoire, d'autant qu'elle est secrète. Elle se fait « à charge et à décharge », c'est-à-dire que le juge d'instruction doit rassembler les éléments de nature à inculper comme ceux de nature à disculper l'intéressé.

a) Les actes d'instruction :

Afin de mener à bien l'instruction, le juge d'instruction peut réaliser des opérations appelées les actes d'instruction. Dans le cadre de la responsabilité pénale au cours de l'exercice de la médecine, on citera :

- La saisie du dossier médical, réalisée dans des conditions particulières [20] pour préserver le secret professionnel : par un officier de police judiciaire, en présence d'un représentant du Conseil de l'Ordre, d'un représentant du chef du service hospitalier concerné, d'un représentant de la direction de l'établissement de soin concerné.
- La réalisation d'expertises : les expertises sont ordonnées d'office par le juge d'instruction, ou après sa sollicitation par le ministère public, ou par les parties. [21]
- Les auditions et interrogatoires : menés par le juge d'instruction qui peut entendre toute personne qu'il juge utile.

b) Les statuts juridiques des personnes entendues par le juge d'instruction :

Les personnes sont entendues par le juge sous différents statuts juridiques : témoin, témoin assisté, mis en examen. Ces statuts sont fonction des indices rendant vraisemblable la participation de la personne entendue à l'infraction. L'attribution par le juge d'instruction des qualifications de témoin assisté et de mis en examen obéit à des règles de procédure précises. Ces statuts visent à protéger les droits de la défense :

- Le témoin simple est une personne entendue ou interrogée par le juge d'instruction, et qui est susceptible d'apporter des éléments utiles. Il est convoqué par le juge ou peut demander à comparaître volontairement. Le témoin prête serment avant de déposer.

- Le mis en examen : selon des règles strictes de procédure, et en présence d'indices graves ou concordants rendant vraisemblables le fait que l'intéressé ait pu participer, comme auteur ou comme complice, à la commission des infractions dont le juge d'instruction est saisi. [22] Le mis en examen devient partie, et bénéficie par conséquent de droits particuliers. Il ne peut être interrogé qu'en présence de son avocat. Il a accès, par l'intermédiaire de son avocat au dossier de la procédure. Toujours par l'intermédiaire de son avocat, il peut faire poser des questions lors des interrogatoires. Il peut solliciter la réalisation d'actes comme : une expertise, une confrontation, un transport sur les lieux...
- Le témoin assisté : il bénéficie du droit d'être assisté par un avocat qui est avisé préalablement des auditions et a accès au dossier de la procédure. Le témoin assisté peut demander au juge d'instruction à être confronté avec la ou les personnes qui le mettent en cause ou formuler des requêtes en annulation (d'éléments de la procédure). Il ne prête pas serment.

Le respect des droits de la défense est fondamental sous peine de nullité de la procédure.

c) La clôture de l'instruction :

L'instruction s'achève par la décision du juge d'instruction de renvoyer ou non l'intéressé devant la juridiction compétente. Le juge d'instruction examine s'il existe contre la personne mise en examen des charges constitutives d'infraction, dont il détermine la qualification juridique. [23]

Si le juge d'instruction estime que les faits ne constituent ni crime, ni délit, ni contravention, ou si l'auteur est resté inconnu, il déclare par une ordonnance, qu'il n'y a pas lieu à suivre. C'est l'ordonnance de non lieu. [24] La partie civile ou le ministère public peuvent faire appel de cette décision.

Selon la nature pénale des faits reprochés, le juge d'instruction renvoie l'affaire devant le tribunal compétent : le tribunal de police ou la juridiction de proximité pour les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits, et la cour d'assise pour les crimes.

3. La phase de jugement :

Dans le cadre des infractions les plus fréquentes au cours de l'exercice de la régulation médicale, la juridiction compétente en première instance est le tribunal correctionnel. Il s'agit en fait d'une chambre du tribunal de grande

instance qui statue en matière pénale. Il est composé d'un président et de deux juges.

a) Caractéristiques générales de la procédure au tribunal correctionnel :

La procédure est publique [25]: ceci afin d'éviter que la justice ne soit soupçonnée d'arbitraire, sauf si la publicité des débats présente un danger pour l'ordre, la sérénité des débats, la dignité de la personne ou les intérêts d'un tiers, auquel cas les débats se déroulent à huis-clos. Toutefois, le jugement est toujours prononcé en audience publique.

La procédure est orale : les parties déposent oralement lors des audiences.

Les débats sont contradictoires : Les parties sont placées sur un pied d'égalité, sous la direction du président qui est chargé de la direction des débats et de la police de l'audience. [26]

b) Le déroulement des débats :

L'instruction définitive : elle consiste en un examen et un affrontement des preuves au cours de l'audience. La juridiction de jugement, ici le tribunal correctionnel, réexamine l'ensemble des preuves rassemblées au cours de l'instruction préparatoire. Elle interroge le prévenu et auditionne les témoins. Elle peut également entendre des experts. En cas de besoin, elle peut ordonner des mesures d'instruction complémentaires (expertise par exemple). Un magistrat du tribunal est alors désigné et réalise l'instruction complémentaire avec les mêmes pouvoirs que le juge d'instruction. [27]

La réquisition et les plaidoiries [28]: l'instruction à l'audience (instruction définitive) terminée, la partie civile prend la parole et expose sa demande. Le ministère public prend ses réquisitions, c'est-à-dire qu'il demande l'application équitable de la loi en cas d'infraction.

Le prévenu présente sa défense par une plaidoirie de son avocat. Si le ministère public ou la partie civile répliquent, le prévenu ou son avocat ont toujours la parole en dernier.

c) Le jugement :

Les juges décident d'après leur intime conviction et ne peuvent fonder leur décision que sur des preuves apportées au cours des débats et discutées contradictoirement devant eux.

La délibération du tribunal est secrète puis le jugement est rendu au cours d'une audience publique.

Si le tribunal estime que le fait constitue un délit, il prononce la peine et statue sur l'action civile (condamnation à verser des dommages-intérêts à la partie civile).

d) Les recours

- L'appel : les parties (ministère public, partie civile et prévenu) peuvent faire appel du jugement rendu par le tribunal correctionnel. L'affaire est alors rejugée par la chambre correctionnelle de la cour d'appel [29]. Les règles applicables pour le tribunal correctionnel sont applicables devant la chambre des appels correctionnels sous réserve des dispositions précisées aux articles 513 à 520 du Code de procédure pénale.
- Le pourvoi en cassation : les jugements rendus en matière correctionnelle peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation en cas de litige sur l'application de la règle de droit. La juridiction compétente est la chambre criminelle de la Cour de cassation. La Cour de cassation ne tranche que des questions de droit ou d'application du droit et elle ne rejuge pas les faits. [30]

La Cour de cassation peut casser (annuler) le jugement, ou casser et renvoyer l'affaire devant la juridiction de jugement.

IV. Les procédures disciplinaires :

A. Principes généraux :

La mise en cause de la responsabilité disciplinaire du médecin intervient en cas de méconnaissance de sa part d'une obligation déontologique. L'action disciplinaire vise donc à sanctionner une violation du Code de déontologie. Elle se rapproche par cet objectif répressif de l'action pénale. En aucun cas les instances disciplinaires ne se prononcent sur d'éventuels dommages-intérêts.

L'exercice de l'action disciplinaire n'empêche aucune autre action qui serait dirigée contre le praticien : civile, pénale, sanction administrative... [31]

Dans le cas des médecins régulateurs, chargés d'un service public quelque soit leur statut (hospitalier ou libéral), ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance que par le ministre chargé de la

santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau auquel le praticien est inscrit.

Il ne s'agit donc pas d'un recours à disposition du patient à proprement parler, cependant, le conseil national ou départemental de l'ordre des médecins agit de sa propre initiative ou à la suite de plaintes reçues (dont celles des patients). [32]

B. La procédure devant les chambres disciplinaires:

Elle est similaire à la procédure administrative. Depuis 2007, les chambres de première instance sont composées de huit membres et de leurs suppléants, et présidées par un magistrat administratif.

L'instruction est dirigée par un rapporteur désigné parmi les membres de la chambre par son président. Celui-ci rassemble toutes les informations utiles à la manifestation de la vérité.

La défense respecte le principe de la contradiction : le praticien mis en cause reçoit une copie de l'ensemble des éléments du dossier, et produit un mémoire de défense.

Le jugement : l'affaire est examinée en audience publique. Le président peut ordonner, d'office ou la demande d'une des parties, le huis clos s'il l'estime nécessaire pour l'intérêt de l'ordre public, du respect de la vie privée, ou du secret médical. Les décisions sont prises en l'absence des parties, [33] à la majorité des voix, celle du président étant prépondérante en cas de partage des voix. La décision est notifiée par voie postale au praticien mis en cause.

Le praticien peut faire appel de la décision devant la chambre nationale disciplinaire. Cette chambre rassemble douze membres titulaires et leurs suppléants, et est présidée également par un magistrat administratif.

Le pourvoi en cassation se fait devant le conseil d'État qui est la juridiction suprême en matière disciplinaire.

3ème partie : Revue des dossiers de réclamations et de contentieux impliquant le centre de réception et de régulation des appels du SAMU 38 de 2007 à 2010

L'étude est descriptive et rétrospective, portant sur l'ensemble des dossiers de plaintes et réclamations archivés au SAMU du CHU de Grenoble des années 2007 à 2010 incluses.

I. Matériel et méthode :

A. Matériel

L'étude a consisté en une revue des dossiers de réclamation et/ou de plainte archivés au SAMU 38.

Les dossiers ont été consultés sur place dans les locaux du SAMU 38. Pour certains, un complément d'information a été récupéré auprès de la Direction de la Qualité et des Usagers du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. D'autres informations sur la nature et l'état de quelques procédures pénales ont été transmises par le parquet de Grenoble.

1. Critères d'inclusion :

Parmi ces dossiers rassemblés au SAMU 38, on a retenu pour l'étude les dossiers de réclamation et de plainte impliquant le CRRA, soit les dossiers suivants:

a) Les dossiers de réclamation

Par réclamation on entend ici toute remarque exprimant une insatisfaction ou une incompréhension concernant un appel traité par le CRRA.

Ces dossiers comportent généralement : la fiche de régulation imprimée (informations saisies dans le logiciel d'aide à la régulation), le courrier de réclamation et la réponse formulée par le CRRA. Certains contiennent en plus une note d'explication rédigée par le médecin concerné quand il a été invité à transmettre des informations plus détaillées pour élaborer la réponse.

b) Les dossiers de plainte :

Le terme "plainte" regroupe ici plusieurs catégories détaillées ci-dessous :

- Médiation : intervention du médiateur de la CRUQPC suite à une réclamation
- Demande amiable d'indemnisation par recours auprès de la CRCI.
Le dossier comporte la fiche de régulation, la retranscription des appels enregistrés, le rapport d'expertise commandé par la CRCI et l'avis rendu concernant la demande d'indemnisation.
- Demande d'indemnisation auprès du tribunal administratif. Le dossier contient la fiche de régulation, la retranscription des appels enregistrés, les mémoires adressés par les parties au tribunal administratif, le rapport d'expertise, le jugement du tribunal.
- Procédure pénale concernant potentiellement le CRRA : les procédures pénales peuvent être engagées suites à une plainte déposée auprès des services de police, ou à l'initiative du procureur. La plainte est généralement déposée "contre X" et ne met donc personne en cause nommément.
Le dossier comporte généralement une copie de l'acte de procédure ordonnant la saisie du dossier, la fiche de régulation, la retranscription des appels enregistrés.

2. Critères d'exclusion :

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

- Les demandes d'informations personnelles formulées par des patients désireux de récupérer des informations les concernant suite à un appel.
- Les réclamations ne concernant pas le CRRA mais un autre service ou un autre acteur du système sanitaire.
- Les dossiers constitués en prévision d'un contentieux potentiel : demande d'écoute des enregistrements des appels suite à une régulation "difficile" (menace de plainte de la part de l'utilisateur, évolution défavorable de la situation médicale du patient...)
- Les dossiers saisis dans le cadre de procédures pénales n'impliquant pas le CRRA : au cours de certaines affaires judiciaires, les dossiers de régulation peuvent comporter des informations utiles à l'enquête, sans que le CRRA ne soit impliqué.

- Les dossiers répertoriés mais non disponibles à la consultation aux archives du SAMU 38.

B. Méthode :

1. Méthode d'étude des réclamations :

a) Recueil des informations concernant l'appel téléphonique :

- L'âge et le sexe du patient
- Le motif d'appel placé dans une des catégories suivantes : traumatisme, malaise, douleur abdominale, fièvre, troubles du comportement, problème respiratoire, douleur thoracique, céphalée, "autre" regroupant des motifs divers, non classables dans les catégories précédentes.

b) Recueil des informations sur la nature du mécontentement :

Les motifs ont été rassemblés dans 6 catégories : le délai de réponse téléphonique, le délai d'arrivée des moyens engagés, le moyen de transport retenu, l'appréciation de la gravité par le médecin régulateur, les propos de l'ARM ou du médecin régulateur, et une catégorie intitulée "autre" où figurent les motifs non classables dans les catégories précédentes.

c) Recueil des informations sur la réponse rédigée par le SAMU 38 :

La réponse comporte systématiquement des explications et selon les situations des excuses au nom du CRRA.

d) Recueil des informations sur la qualité du médecin régulateur :

On a différencié médecin régulateur hospitalier et médecin régulateur libéral généraliste participant à la permanence des soins.

2. Méthode d'étude des plaintes :

- Définition de la nature selon les catégories suivantes : médiation, demande d'indemnisation auprès de la CRCI, procédure d'indemnisation auprès du tribunal administratif, procédure pénale concernant potentiellement le CRRA.
- Présentation du contexte de survenue.
- Suites données aux procédures.

II. Résultats :

A. Dossiers retenus pour l'étude :

La répartition des dossiers consultés au SAMU 38 figure dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : répartition des dossiers archivés au SAMU 38 des années 2007 à 2010.

	DOSSIER DE RÉCLAMATION OU PLAINTE	DOSSIER CONSTITUE EN VUE D'UN CONTENTIEUX PRÉVISIBLE	SAISIE DE DOSSIER SANS MISE EN CAUSE DU CRRRA	CRRRA NON CONCERNÉ	DEMANDE INFORMATION PERSONNELLE	DOSSIER NON DISPONIBLE	TOTAL
2007	61	0	4	2	1	0	68
2008	37	1	6	5	2	3	54
2009	42	3	8	0	3	1	57
2010	32	0	11	7	3	1	54
TOTAL	172	4	29	14	9	5	233

Les dossiers répondant aux critères d'inclusion figurent dans la première colonne, soit 172 dossiers sur les 233 archivés.

Cinq dossiers référencés dans les archives du SAMU 38 mais absents n'ont pas pu être étudiés. Ils apparaissent dans la colonne "dossier non disponible" du tableau 1.

B. Répartition des dossiers de réclamation et de plainte :

La répartition des dossiers selon leur nature figure dans le tableau 2 ci-dessous. Les dossiers de réclamation apparaissent dans la première colonne, les quatre colonnes suivantes rassemblent les dossiers de plainte comme définis précédemment.

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

Tableau 2 : répartition des dossiers inclus dans l'étude.

	RÉCLAMATION	MÉDIATION	CRCI	DEMANDE D'INDEMNISATION AUPRÈS DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF	PROCÉDURE PÉNALE
2007	52	0	1	3	6
2008	35	0	0	0	2
2009	38	1	0	0	3
2010	30	0	0	0	2
TOTAL	155	1	1	3	13

C. Étude des réclamations :

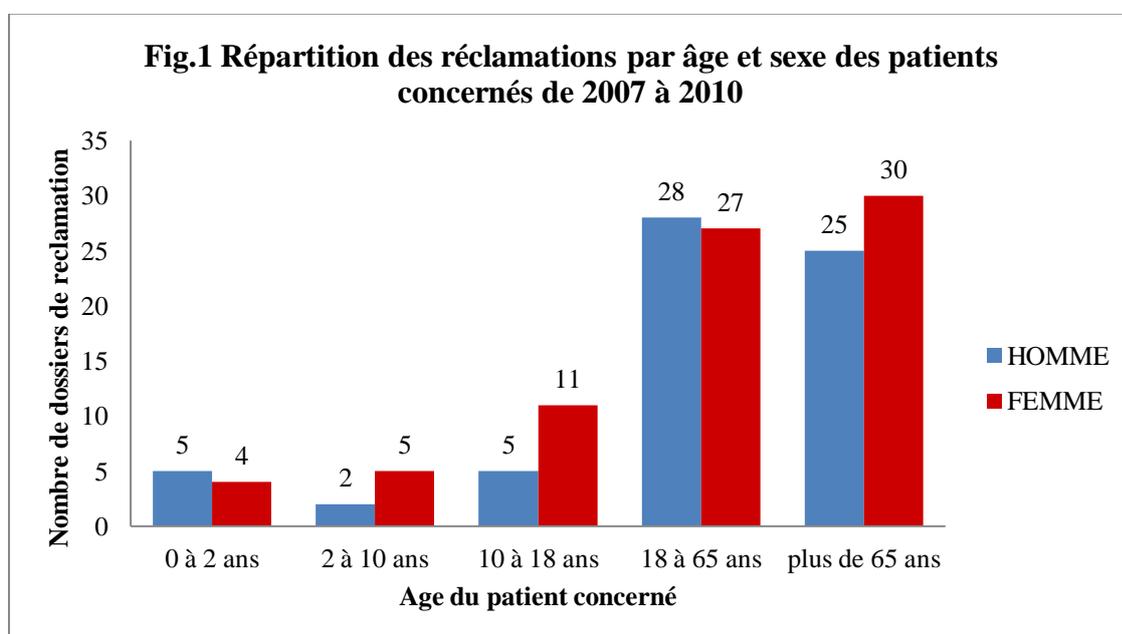
1. Description des appels concernés par les réclamations :

a) Age et sexe des patients concernés :

L'histogramme suivant (Fig.1) représente la distribution des patients concernés selon leur âge et leur sexe.

Cinq dossiers ne comportent pas d'information sur le sexe du patient concerné.

Neuf dossiers ne comportent pas d'information sur l'âge du patient concerné.



b) Motifs d'appel des dossiers suivis d'une réclamation :
Un dossier peut comporter plusieurs motifs d'appel associés.

La répartition des motifs d'appel figure dans le tableau 3.

Tableau 3 : motifs d'appel des dossiers à l'origine de réclamations.

	NOMBRE DE DOSSIERS CONCERNÉS PAR LE MOTIF D'APPEL					POURCENTAGE DE RÉCLAMATIONS CONCERNÉES PAR LE MOTIF SUR LES 4 ANNÉES
	2007	2008	2009	2010	TOTAL	
TRAUMATISME	18	9	7	10	44	28%
MALAISE	6	8	10	2	26	17%
DOULEUR ABDOMINALE	5	4	7	3	19	12%
FIÈVRE	4	3	7	1	15	10%
TROUBLES DU COMPORTEMENT	1	4	3	4	12	8%
PROBLÈME RESPIRATOIRE	1	1	4	5	11	7%
DOULEUR THORACIQUE	2	3	2	3	10	6%
CÉPHALÉE	4	1	2	2	9	6%
AUTRE	12	4	6	7	29	19%

c) Les plaintes exprimées dans les réclamations et réponses apportées :

Le tableau 4 présente les différents motifs de réclamation et la réponse rédigée par le CRRA.

Tableau 4 : motifs de réclamation et réponse rédigée par le CRRA.

MOTIF DE LA RÉCLAMATION	NOMBRE DE DOSSIERS CONCERNES PAR LA RÉCLAMATION					RÉPONSE
	2007	2008	2009	2010	TOTAL	
DÉLAIS RÉPONSE TÉLÉPHONIQUE	6	4	2	0	12	10 EXPLICATIONS
						2 EXCUSES
DÉLAIS ARRIVÉE DES SECOURS	8	8	6	5	27	23 EXPLICATIONS
						4 EXCUSES
MOYEN DE TRANSPORT RETENU	18	13	8	11	50	42 EXPLICATIONS
						7 EXCUSES
APPRÉCIATION DE LA GRAVITE PAR LE MÉDECIN RÉGULATEUR	19	14	24	14	71	49 EXPLICATIONS
						18 EXCUSES
PROPOS DE L'ARM OU DU MÉDECIN RÉGULATEUR	2	4	4	2	12	2 EXPLICATIONS
						10 EXCUSES
AUTRES	3	3	2	3	11	6 EXPLICATIONS
						3 EXCUSES

- 48.8% des dossiers de réclamation contiennent un reproche sur l'appréciation de la gravité de la situation par le régulateur.
- 32.2% des dossiers de réclamation contiennent un reproche sur la nature du moyen de transport retenu en cas de décision d'hospitalisation.
- Viennent ensuite le délai d'arrivé des secours dans 17% des dossiers, le délai de réponse téléphonique et les propos des personnels du CRRA dans 7% des dossiers.

Un même motif peut apparaître dans différents dossiers de réclamation.

d) Statut des médecins intervenus dans les dossiers sujets à réclamations :

Sur les 4 années concernées on dénombre :

51 réclamations concernant des appels régulés par un médecin hospitalier.

82 réclamations concernant des appels régulés par un médecin libéral.

D. Étude des plaintes ayant donné lieu à l'ouverture d'une procédure :

1. Procédures amiables :

a) Médiation :

De 2007 à 2010, une réclamation a bénéficié d'une médiation : cas d'un patient présentant de la fièvre et un malaise dans un contexte d'anémie connue. La lettre de plainte adressée au SAMU contenait deux motifs de mécontentement : le délai d'arrivée du moyen de transport estimé trop long et le ton du discours du médecin régulateur ressenti comme discourtois par l'appelant.

La médiation a consisté en un entretien réunissant la famille du patient et le médiateur médical de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. La médiation a permis de confirmer l'absence de perte de chance consécutive au délai reproché, et de proposer un entretien entre la famille du patient et le responsable du CRRA pour aborder le problème du discours du médecin régulateur.

b) Demande d'indemnisation auprès de la CRCI :

De 2007 à 2010, on dénombre une seule demande auprès de la CRCI : cas d'un patient présentant des séquelles neurologiques suite à une hémorragie méningée. La demande était la réparation du préjudice supposé consécutif à une faute dans la prise en charge notamment par le CRRA 38. Après expertise, la CRCI n'a pas retenu de faute ni de défaut aux différentes étapes de la prise en charge du patient. Par conséquent, en l'absence des conditions nécessaires, la procédure n'a pas abouti à une offre d'indemnisation. Suite à cet avis de la CRCI, une procédure pour indemnisation a été engagée auprès du tribunal administratif.

2. Les procédures en contentieux:

Elles se divisent en deux catégories :

- Les demandes d'indemnisation par voie contentieuse, c'est-à-dire par une requête auprès du tribunal administratif.

- Les procédures pénales engagées dans les suites d'un acte de régulation médicale.

a) Procédures d'indemnisation au tribunal administratif :

On dénombre 3 procédures de cette nature sur la période étudiée.

- 1^{ère} procédure :

La demande d'indemnisation examinée en CRCI (présentée dans le paragraphe précédent) a ensuite été soumise au tribunal administratif. A ce jour, le tribunal n'a pas encore rendu son jugement.

- 2^{ème} procédure :

La demande d'indemnisation auprès du tribunal administratif concerne la prise en charge d'une patiente enceinte présentant des douleurs abdominales, suivies de la mort in utero du fœtus. Étaient mises en cause l'appréciation de la gravité de la situation par le médecin régulateur, la nature des moyens engagés et la prise en charge en milieu hospitalier spécialisé. L'expertise ordonnée par le tribunal n'a pas relevé de faute aux différentes étapes de la prise en charge de la patiente. La procédure a été arrêtée après l'expertise, il n'y a pas eu de jugement rendu.

- 3^{ème} procédure :

La demande d'indemnisation auprès du tribunal administratif concerne la prise en charge d'une patiente ayant présenté un malaise. La demande était motivée par la présence de troubles neurologiques persistants dans les suites de ce malaise. La faute reprochée était la sous estimation de la gravité de la situation par le médecin régulateur qui l'aurait conduit à ne pas hospitaliser la patiente.

L'expertise ordonnée par le tribunal n'a pas retenu de faute dans la prise en charge lors de la régulation. Le tribunal administratif a finalement rejeté la demande d'indemnisation.

b) Les procédures pénales

Une procédure pénale peut être initiée suite à une plainte déposée auprès d'un service de police. Aucune des plaintes pénales recensées ne désigne nommément un médecin ou un autre acteur de la régulation des appels. Les plaintes sont ainsi déposées "contre X". L'enquête préliminaire qui débute la

procédure pénale comporte la saisie du dossier de régulation. Une trace de cet acte de la procédure est conservée aux archives du CRRA.

- Nombre de dossiers recensés :

L'étude a ainsi permis de dénombrer 13 dossiers de procédures pénales initiées suite à des actes de régulation.

- Nature des plaintes à l'origine des procédures pénales :

6 plaintes contre X pour non assistance à personne en danger.

3 plaintes contre X pour homicide involontaire.

4 plaintes contre X dont le motif pénal n'est pas identifié.

- Personnes potentiellement concernées par les plaintes :

Dans les plaintes citées ci-dessus, le médecin régulateur est dans chaque cas potentiellement mis en cause.

10 procédures concernent des médecins régulateurs libéraux participants à la permanence des soins.

3 procédures concernent des médecins régulateurs hospitaliers.

- Devenir des procédures pénales engagées :

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour non assistance à personne en danger a été suivie d'une instruction. Le médecin régulateur a été mis en examen pour homicide involontaire mais son décès a mis un terme à la procédure.

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour non assistance à personne en danger se poursuit par une instruction avec mise en examen d'un médecin régulateur.

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour homicide involontaire a abouti à l'ouverture d'une instruction, sans mise en examen du médecin régulateur concerné.

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour homicide involontaire, suivie d'une instruction qui a abouti à un non lieu.

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour non assistance à personne en danger, suivie d'une instruction qui a abouti à un non lieu.

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour homicide involontaire a été classée sans suite.

Une enquête préliminaire suite à une plainte contre X pour non assistance à personne en danger a été classée sans suite.

Il n'existe pas d'information disponible concernant la suite des cinq autres procédures pénales en rapport avec des actes de régulation.

c) Qualité des médecins impliqués dans les dossiers de plainte :

Sur les 17 dossiers (un dossier réunit à la fois une demande d'indemnisation en CRCI et une procédure au tribunal administratif), 14 concernent des médecins libéraux et 3 des médecins régulateurs hospitaliers.

III. Discussion

A. Les réclamations :

1. Nombre

Il convient de rapporter le nombre de réclamations recensées au cours des 4 années de l'étude au nombre d'affaires réglées par le CRRA (données Appli SAMU et Autocom SAMU du SAMU 38):

- 52 réclamations pour 189 266 affaires réglées en 2007
- 35 réclamations pour 200 859 affaires réglées en 2008
- 38 réclamations pour 225 911 affaires réglées en 2009
- 30 réclamations pour 214 065 affaires réglées en 2010.

Ainsi on constate qu'au regard du nombre d'affaires traitées par le CRRA, le nombre de réclamations recensées est faible, avec un taux inférieur à 0.02% pour les 4 années étudiées.

Parmi l'ensemble des réclamations examinées par la CRUQPC du CHU de Grenoble en 2010, soit 276 dossiers, 6% concernent le SAMU 38. Les urgences médicales et chirurgicales représentent 15%. La chirurgie hors orthopédie et neurochirurgie, l'orthopédie seule, l'ensemble neurologie et neurochirurgie, représentent chacun environ 6% des dossiers comme le SAMU.

En l'absence de données aisément accessibles et exploitables et caractérisant les appels reçus au CRRA, (âge et sexe du patient, motif d'appel) il est difficile d'individualiser un profil type de situations spécifiquement concernées par les réclamations.

2. Les motifs

L'analyse des motifs de réclamation et des suites données permet de relever les deux motifs de réclamation les plus fréquents :

- Une erreur d'appréciation de la gravité de la situation par le médecin régulateur.
- Un désaccord sur le mode de transport retenu en cas d'hospitalisation du patient.

Ces deux points font partie intégrante de la mission des médecins régulateurs [34]. En effets, au cours de leur exercice, ces derniers déterminent la gravité potentielle de la situation au terme d'un interrogatoire téléphonique. La deuxième étape consiste à décider des moyens à engager les plus adaptés. Dans sa décision le médecin régulateur doit alors tenir compte de deux finalités : une finalité individuelle, c'est-à-dire la réponse adaptée à l'état du patient, et une finalité communautaire : ce qui entend une gestion raisonnable et optimisée des ressources disponibles.

On peut citer différentes causes susceptibles de perturber l'exécution de la mission du régulateur [35]:

- Le recueil des informations se fait le plus souvent auprès de non médecins, ce qui implique une interprétation des données fournies.
- L'absence d'accès aux informations du dossier médical, qui pourrait s'avérer une aide précieuse pour parvenir à la décision adaptée.
- La brièveté dans le temps de l'acte de régulation, du fait de l'affluence des appels.
- La disponibilité des moyens utilisables, réduite elle aussi par l'affluence des appels.

Ces différents facteurs peuvent expliquer que dans certains cas, le CRRA soit amené à présenter des excuses pour une erreur d'appréciation ou un transport inadapté à la situation.

Dans le cas du transport, un facteur supplémentaire s'ajoute à ceux cités précédemment. Les médecins régulateurs doivent décider également en fonction de l'environnement du patient. Ainsi proposer à un patient de se rendre par ses propres moyens dans un service d'urgence pour un avis médical rapide peut être correct dans le sens « médical ». Mais si la personne ne possède pas de moyen

de transport à sa disposition, le régulateur qui n'engage pas de moyen supplémentaire risque de commettre une faute qualifiée de manque d'humanisme.

Concernant encore le moyen de transport retenu pour les patients nécessitant une hospitalisation, une réclamation fréquente est la contestation de l'envoi d'une ambulance privée et non d'une équipe de sapeurs pompiers. Il s'agit le plus souvent d'une méconnaissance des critères d'engagement de ce moyen (hémorragie abondante, détresse respiratoire, arrêt cardio-respiratoire...). Le CRRA rappelle donc ces motifs fréquemment dans ses courriers de réponse.

Un motif de réclamation nécessite une attention particulière : la nature des propos employés par le médecin régulateur (ou de l'ARM). On constate que ce motif concerne 12 dossiers et a nécessité la présentation d'excuses dans 10 cas. Dans les 2 autres dossiers, l'écoute des enregistrements a permis d'affirmer que le personnel n'avait pas employé les termes reprochés dans la réclamation. Ainsi, malgré les conditions difficiles de l'activité de régulation évoquées précédemment, la tenue de propos agressifs ou discourtois ne se justifie jamais.

3. La qualité des médecins régulateurs concernés par les réclamations :

On observe une prédominance des réclamations concernant les médecins régulateurs généralistes libéraux : 82 dossiers sur les 155 réclamations recensées soit en arrondissant 53% du total des réclamations. Les régulateurs hospitaliers sont concernés dans 51 dossiers soit en arrondissant 33% des réclamations. Une partie des dossiers de réclamation concerne des appels qui n'ont pas été régulés par un médecin.

Si on ne considère que les réclamations portant sur des dossiers régulés par un médecin, on retrouve les proportions suivantes : 61% des dossiers ayant donné lieu à une réclamation ont été traités par un médecin régulateur libéral et 39% par un médecin régulateur hospitalier.

Il convient d'interpréter ces données en considérant la proportion du total des appels traités par les médecins généralistes et hospitaliers, respectivement environ 47.5% et 52.5% des affaires régulées sur le total des 4 ans d'étude.

Ainsi on peut estimer qu'en prenant en compte la proportion d'affaires traitées, la répartition des réclamations suggère une prédominance des réclamations portant sur des dossiers régulés par un médecin régulateur libéral. On peut évoquer deux hypothèses pour expliquer ce déséquilibre :

- Une pratique moins fréquente de l'activité de régulation que les régulateurs hospitaliers et par conséquent une expérience moindre à ce poste.
- Des situations à gérer différentes : on peut supposer encore que les appels relevant de la permanence des soins (médecine générale), majoritairement traités par les médecins régulateurs libéraux, relèvent de situations plus complexes et donc plus susceptibles d'erreurs que les situations d'aide médicale urgente.

B. Les plaintes

1. Nature et devenir :

On dénombre 18 procédures initiées, dont deux concernent le même dossier (CRCI puis demande d'indemnisation auprès du tribunal administratif).

Les procédures amiables sont minoritaires parmi les plaintes : une seule intervention du médiateur de la CRUQPC pour un dossier impliquant le CRRA sur les quatre années étudiées, et une seule demande d'indemnisation faite auprès de la CRCI.

Parmi les procédures en contentieux, on recense 3 demandes d'indemnisation auprès du tribunal administratif et 13 procédures pénales.

Pour l'ensemble des procédures contentieuses, on ne retrouve à ce jour aucune condamnation prononcée à verser une indemnisation, ou de nature pénale.

Le résultat de l'étude est conforme à l'observation réalisée en 2010 par I. Barat et E. Baccino. Une étude des décisions des juridictions administratives et des juridictions judiciaires de 1990 à 2010 ne retrouvait respectivement que 15 décisions et 20 décisions, dont 3 condamnations seulement. Les auteurs de cette observation concluaient à une faible sinistralité de l'activité de régulation, et ce malgré les biais de recueil des décisions des juridictions conduisant probablement à une sous estimation du nombre d'affaires.

2. Qualité des médecins impliqués dans les dossiers de plainte :

On constate une nette prédominance des plaintes impliquant les médecins généralistes. Le faible effectif nécessite de traiter ces données avec prudence. On peut reformuler les mêmes hypothèses que celles évoquées pour les réclamations.

C. Forces et faiblesses de l'étude :

L'examen des dossiers de plainte et de réclamations archivés au SAMU 38 a été quasi exhaustif. Des informations complémentaires notamment concernant l'évolution des procédures contentieuses ont été fournies par la Direction de la Qualité du CHU et par le Parquet de Grenoble.

Cependant on peut relever plusieurs faiblesses dans l'étude :

Concernant les réclamations :

- Le CRRA peut apparaître comme « juge et partie » dans leur appréciation. Toutefois, le nombre d'excuses présentées, l'écoute fréquente des enregistrements pour rédiger la réponse laisse tout de même supposer un abord objectif des différentes situations.
- L'étude ne permet pas de définir un profil de situation à risque de réclamation (âge, sexe du patient, motif d'appel). Un tel objectif relèverait plutôt d'une étude de satisfaction auprès des usagers.

Concernant les plaintes :

- Le secret de la procédure pénale complique le recueil des informations et peut conduire à sous estimer le nombre de procédures engagées ou à méconnaître leur évolution.
- La durée des procédures nécessiterait probablement un recul dans le temps plus important pour observer l'ensemble des décisions finales.
- L'absence de données concernant les procédures disciplinaires.

CONCLUSION

Acte médical à part entière, la régulation médicale des appels engage pleinement la responsabilité du médecin. Celui-ci est responsable de la prise de l'appel jusqu'à la clôture de l'affaire.

L'étude de la législation permet de constater que :

En termes d'indemnisation d'un dommage causé, le médecin qui exerce son activité sans dépasser le cadre de sa mission bénéficie d'un statut protecteur. La responsabilité d'indemniser revient en effet à l'établissement de soin qui héberge le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA).

Sur le plan pénal, le médecin régulateur est personnellement responsable de ses actes. Dans le cadre de la régulation, les motifs de mise en cause de la responsabilité pénale du médecin les plus fréquemment retrouvés sont : les blessures et homicides involontaires, et la non assistance à personne en danger.

En cas de faute avérée, le médecin régulateur est exposé à des sanctions émanant des instances disciplinaires. Cette responsabilité est indépendante des décisions concernant la responsabilité d'indemnisation ou pénale.

En cas de litige, l'utilisateur dispose de plusieurs moyens : amiables et contentieux.

Parmi les moyens amiables on retient : la réclamation écrite ou orale, la médiation dans le cadre de la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), et le recours à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux et des infections nosocomiales (CRCI). Ce dernier moyen, créé en 2002 permet d'aboutir dans certaines conditions à une offre d'indemnisation d'un dommage consécutif à une faute médicale sans procédure contentieuse.

Les recours contentieux visent soit à l'indemnisation d'un dommage causé, soit à la sanction d'une personne responsable. Les demandes d'indemnisations se font par une requête auprès du tribunal administratif. Les procédures pour sanction relèvent des juridictions judiciaires pénales et des instances disciplinaires.

L'étude a porté sur l'utilisation de ces différents recours dans le cadre de la régulation par une étude de l'ensemble des dossiers de réclamation et de

plainte archivés au CRRA du CHU de Grenoble du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010. Elle met en évidence :

Un faible nombre de réclamations : 155 dossiers pour 830101 dossiers réglés. Le motif principal est un désaccord sur l'appréciation de la gravité de la situation du patient par le médecin régulateur : 48% des dossiers. En deuxième position on retrouve un désaccord sur le moyen de transport retenu en cas d'hospitalisation du patient : 32% des dossiers. Ces deux motifs représentent en fait des étapes cruciales du processus de régulation. Le médecin régulateur doit apporter une réponse adaptée à la situation du patient, tout en usant raisonnablement des moyens dont il dispose. Cet équilibre est sujet à l'erreur humaine, d'autant que la régulation s'effectue dans des conditions particulières et dans un laps de temps bref. Les propos agressifs ou discourtois (7% des dossiers) ne sont cependant jamais justifiables. Enfin, nombre de réclamations rappellent la nécessité d'expliquer le fonctionnement du CRRA et les critères d'utilisation des moyens de secours existants.

Les procédures plus complexes que les réclamations, amiables ou contentieuses sont rares : 18 procédures recensées sur les 4 années étudiées. 1 médiation, 1 procédure en CRCI, 3 requêtes auprès du tribunal administratif pour indemnisation, 13 procédures pénales. Aucune condamnation à indemniser ou pénale n'a été prononcée à ce jour.

Le recueil des informations concernant les procédures pénales est imparfait, du fait du secret de l'instruction notamment. Il pourrait conduire à une sous estimation du nombre de procédures recensées. Cependant on peut conclure que l'incidence des procédures d'indemnisation ou de sanction est faible.

La faible incidence des procédures ne doit pas faire oublier les conséquences humaines de chacune de ces situations : l'incompréhension ou le mécontentement des réclamants, les dommages corporels voire le décès des patients, le poids et la durée d'une procédure pénale aussi bien pour les médecins que pour les plaignants.

Aussi le régulateur doit être conscient que son activité engage sa responsabilité. Une formation adaptée et l'expérience permettent de limiter le risque d'erreur dans la régulation. Un soin particulier doit être accordé à la relation avec le patient, malgré les conditions spécifiques de cet exercice. Les situations conflictuelles risquent de conduire vers des procédures plus lourdes et

plus longues, quand une relation de confiance et un conseil initial avisé en cas d'erreur médicale supposée permet d'orienter le plaignant vers la procédure la mieux adaptée dans le sens de ses intérêts.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 18/10/2017

LE DOYEN



LE PRÉSIDENT DE THÈSE

~~PROFESSEUR FRANÇOISE CARPENTIER~~

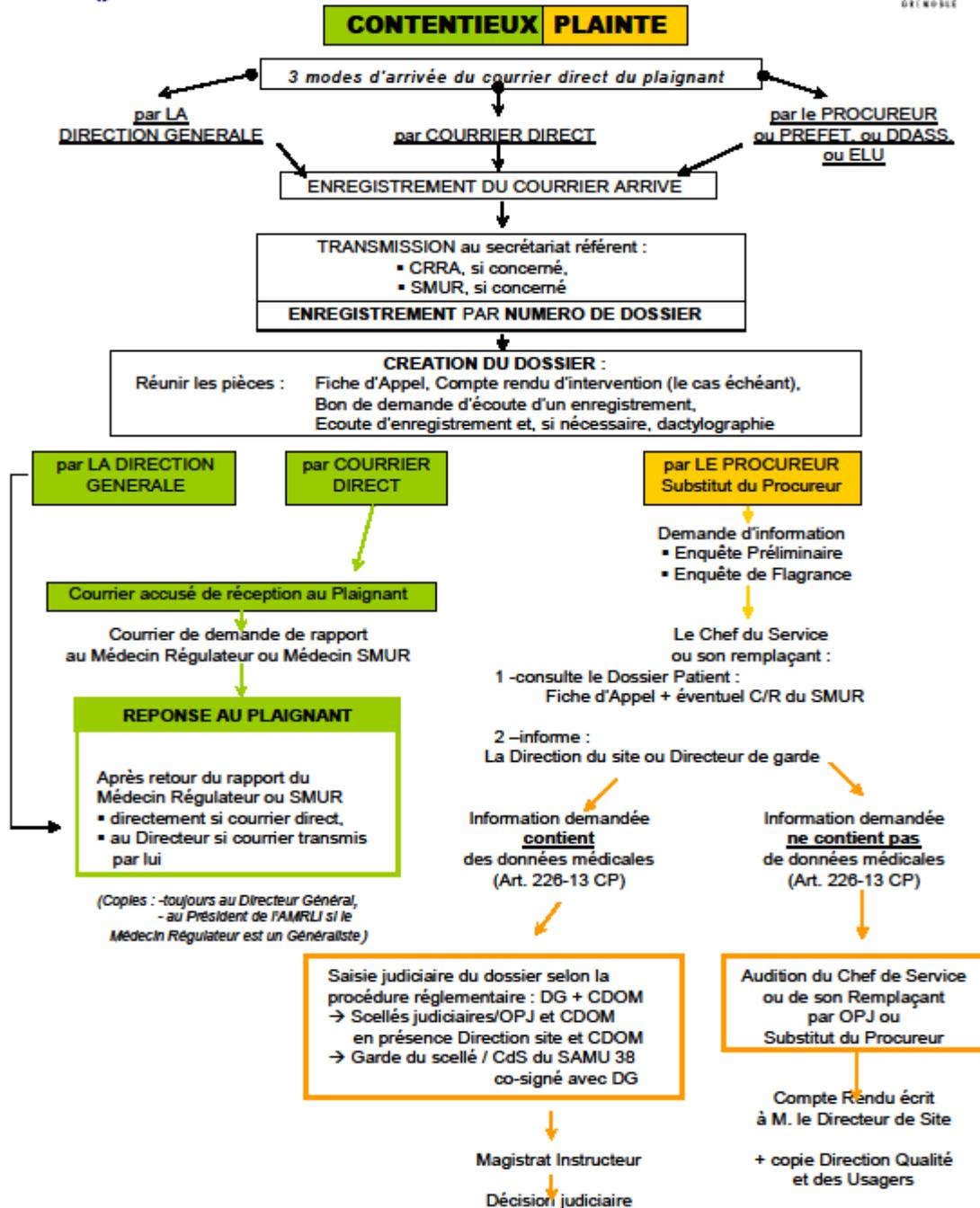
C.H.U. de GRENOBLE
Hôpital A. MICHALLON
Service d'Accueil et d'Urgences Médicales
Professeur CARPENTIER Françoise
Chef de Service
Tél. 04 76 76 59 31
Fax 04 76 76 57 80

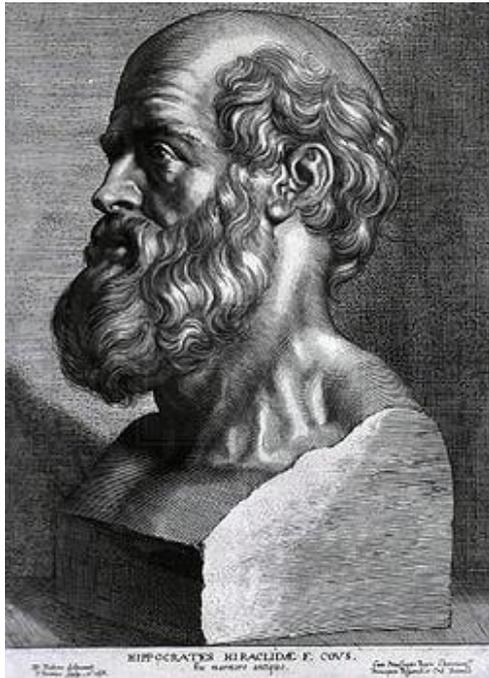
BIBLIOGRAPHIE

1. Article L6311-1 du CSP
2. Article R6315-3 du CSP
3. M. Penneau Responsabilité civile du médecin p544 Traité de Médecine Légale et de Droit de la Santé 2010
4. Cass. Req., 18 juin 1835
5. Art L1142-28 du CSP
6. Cass. Crim. 2 avril 1992 N° 90-87579
7. Art 221-1 Code pénal
8. Art 222-19 Code pénal
9. Code pénal, art 221-6 alinéa 2 et art 222-19 alinéa deux
10. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code
11. Art 4127-1 à 4721-112 CSP
- 12 . Art R. 1112-91 à R. 1112-94 CSP
- 13 . Manuel de certification des établissements de santé. Avril 2011. Haute Autorité de Santé.
14. Art L1112-3 et R1112-78 à R.1112-94 CSP
15. Art L1142-2 CSP
16. Article D1142-1 CSP
- 17 . <http://vosdroits.service-public.fr>
18. Site internet du tribunal administratif de Grenoble : <http://grenoble.tribunal-administratif.fr>
19. Art 79 CPP
20. Art 56-3 CPP
21. Art 156 CPP
22. Corinne Renault-Brahinsky : Mémento procédure pénale 7e édition

23. Art 176 CPP
24. Art 177 CPP
25. Art 400 CPP
26. Art 401 CPP
27. Art 462 et 463 du CPP
28. Art 460 CPP
29. Art 496 et 497 CPP
30. Site internet Cour de cassation : www.courdecassation.fr
31. Art L4126- CSP
32. Art R4126-1 CSP
33. Art R4126-26 CSP et art R4126-27 CSP
34. Circulaire ministérielle DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU
35. Barat I, Baccino E. La responsabilité du médecin régulateur. La régulation médicale est elle un métier à risques ? Revue de médecine légale (2010)

ANNEXE : Procédure interne de gestion des réclamations au SAMU 38.





SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.