



Mission d'enquête conjointe *sur le décès d'une patiente, événement indésirable grave déclaré par* **le service des urgences de l'hôpital Lariboisière**

Rapport définitif

Pr Dominique PATERON, président de la collégiale des urgences - AP-HP

Dr Pierre CHARESTAN, chef de service des urgences du CHI d'Aulnay-sous-Bois

Mme Véronique MARIN LA MESLEE, directrice des soins, auditrice à la DIA - AP-HP

Mme Anne-Gaëlle DANIEL, inspectrice et directrice de l'Inspection régionale autonomie santé - ARS IdF

12 janvier 2019

Nota : le présent document, rédigé par les membres de la Mission, a le statut de document de travail soumis aux Directeurs généraux de l'AP-HP et de l'ARS Île-de-France.

© AP-HP/DIA, DOMU – ARSIF/IRAS – janvier 2019

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1. Présentation de la mission	5
1.2. Composition de la mission	5
1.3. Déroulement de la mission.....	6
2. CHRONOLOGIE DE L'EVENEMENT	9
3. REPONSES AUX DEMANDES DE LA MISSION	11
3.1. Analyser la conformité du processus de prise en charge de la patiente aux procédures applicables et aux recommandations s'appliquant aux services d'accueil des urgences (volet médical).....	11
3.1.1. Identification du patient :	11
3.1.2. Tri et orientation :	11
3.1.3. Surveillance :	11
3.1.4 Délai de prise en charge :	11
3.1.5. Procédure de sortie :	12
3.1.6. Information de la famille :	12
3.2. Analyser les conditions d'organisation des soins la nuit de l'évènement (effectifs présents, procédures en vigueur, parcours patient) (volet administratif-soignant)	12
3.2.1. Les locaux : (annexe 2)	12
3.2.2. Les effectifs paramédicaux et l'organisation de travail :	14
3.2.3. Les effectifs médicaux :	14
3.2.4. Organisation des soins :	15
3.3. Formuler en tant que de besoin des recommandations sur l'organisation et le fonctionnement du service d'accueil des urgences de l'hôpital Lariboisière et/ou de portées plus générale.	16
3.3.1. Pour le SAU Lariboisière :	16
3.3.2. Pour l'ensemble des SAU	17

ANNEXES

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION.....	19
ANNEXE 2 : PLAN DES LOCAUX	23

1. INTRODUCTION

1.1. Présentation de la mission

Par lettre en date du 21 décembre 2018, le Directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et le Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IdF), alertés par un décès au service des urgences de l'hôpital Lariboisière déclaré comme événement indésirable grave (EIG), ont demandé au Pr Dominique PATERON et au Dr Pierre CHARESTAN ainsi qu'à la Direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de l'AP-HP et à l'Inspection régionale autonomie santé (IRAS) de l'ARS IdF de conduire une enquête conjointe, pouvant aboutir à la formulation de propositions d'amélioration des organisations actuelles.

La mission a comme objet :

« La gravité de l'évènement nécessite la mise en œuvre d'une mission d'enquête conjointe ARS/AP-HP dans le but de reconstituer la chronologie précise des faits, et de décrire les conditions de prise en charge au Service des urgences (SAU) de Lariboisière les 17 et 18 décembre 2018 ».

La mission conjointe devra plus précisément :

- analyser la conformité du processus de prise en charge de la patiente aux procédures d'urgences applicables et aux recommandations s'appliquant aux services d'accueil des urgences ;
- analyser les conditions d'organisation des soins la nuit de l'évènement (effectifs présents, procédures en vigueur, parcours patient) disponibles ;
- formuler en tant que de besoin des recommandations sur l'organisation et le fonctionnement du service d'accueil des urgences de l'hôpital Lariboisière et/ou de portée plus générale.

1.2. Composition de la mission

La mission a été composée du Pr Dominique Pateron, président de la collégiale des urgences de l'AP-HP, du Dr Pierre Charestan, chef de service des urgences du CHI d'Aulnay-Sous-Bois, de madame Véronique Marin La Meslée, directrice des soins- auditrice à la Direction de l'inspection et de l'audit de l'AP-HP, et de madame Anne-Gaëlle Daniel, inspectrice de l'action sanitaire et sociale et directrice de l'Inspection régionale autonomie santé de l'ARS d'Île-de-France. Elle a également bénéficié de l'expertise de la direction de l'offre de soins de l'ARS (Dr

Romain Hellmann) et de celle de Christine Guéri et du Dr Christine Mangin, Département Management Qualité risques, DOMU, AP-HP.

Lors des entretiens menés le vendredi 21 décembre, dans les locaux du service des urgences de l'hôpital Lariboisière, auprès du personnel présent la nuit du 17 au 18 décembre, la mission était accompagnée des experts suivants : Pr Enrique Casalino, chef de service des urgences de l'hôpital Bichat ; Pr Mehdi Khellaf, chef de service des urgences de l'hôpital Henri Mondor ; Pr Pierre Hausfater, chef de service des urgences de l'hôpital Pitié-Salpêtrière.

1.3. Déroulement de la mission

La mission s'est rendue sur place le vendredi 21 décembre 2018 de 17h à 21h30 et a pu à cette occasion :

- rencontrer la directrice du site, le chef de service des urgences et la cadre paramédicale du pôle des urgences ;
- réaliser la visite des locaux du service des urgences et visualiser le circuit patient (à deux reprises : 17h30 et 21h) ;
- effectuer des entretiens avec les personnels soignants présents la nuit du 17 au 18 décembre suivants :
 - Médecin sénior de garde au circuit court
 - Médecin de garde assurant la prise en charge des urgences vitales et la fonction de Médecin de Coordination et d'Orientation de garde (MCO)
 - Infirmière d'Organisation de l'Accueil de jour (IOA)
 - Aide-soignante de nuit, du circuit court (AS1)
 - Aide-soignante de nuit à l'accueil (AS2)

La mission s'est rendue une seconde fois sur place le vendredi 28 décembre de 9h30 à 18H afin :

- d'échanger avec le Chef de service et la CPP puis la Directrice de site sur l'organisation du service et les procédures en vigueur ;
- recueillir les documents demandés en amont par la mission.

La mission s'est rendue une troisième fois sur place le 03 janvier 2019 de 18h30 à 20h00 afin :

- d'échanger avec la Directrice du groupe hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement Locale.

Documents consultés (dossier, notes, documents d'organisation, protocoles, bibliographie, etc...)

- a. Dossier papier URQUAL de la patiente
- b. Plan du SAU
- c. Mail adressé au directeur général par le chef de service du SAU 29 octobre 2018
- d. Relevé de décisions des réunions du 9/08, 22/08, 18/09, 15/11 2018 avec les équipes du SAU, l'encadrement médical, paramédical et la direction,
- e. Présentation de l'avancement du plan d'action des urgences de septembre 2018.
- f. Communiqués de presse de l'AP-HP
- g. Dossier d'autorisation ARS du SAU
- h. Tableaux des effectifs médicaux et paramédicaux
- i. Fiches de poste IDE, IOA
- j. Livret d'accueil des nouveaux médecins au SAU SMUR
- k. Tableaux des mouvements des patients
- l. Tableau de présence des patients par tranche horaire
- m. Planning des médecins en octobre, novembre et décembre 2018
- n. Effectif PM, cible PNM, présent le 17/12/18
- o. Procédures : échelle de tri, mémo IOA, inscription et sortie sur URQUAL, répartition des missions d'accueil et d'enregistrement, bracelet d'identification,
- p. Tableau des temps de passage

Les membres de la mission soulignent la coopération de l'ensemble de leurs interlocuteurs dans l'aide à la compréhension de la situation.

Statut du présent document

Le présent document est un rapport décrivant et analysant les faits et soulevant les principales questions qui en découlent, ainsi que la formulation de propositions pour l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du service d'accueil des urgences de l'hôpital Lariboisière et/ou de portée générale.

Une version de travail du rapport sera transmise pour commentaires au Directeur Général de l'AP-HP pour vérifier les éléments factuels. Les observations recueillies seront prises en compte pour la rédaction finale, soumise aux Directeurs Généraux de l'AP-HP et de l'ARS IdF qui décideront des suites et de la publicité à lui donner.

Précision

Une enquête judiciaire a été ouverte suite à l'obstacle médico-légal posé à l'inhumation et à l'information immédiate du procureur de la République de Paris par l'AP-HP quant à la survenance de ce décès au sein du SAU de Lariboisière.

Les auditeurs soulignent que leur mission porte sur les processus et les organisations du service d'accueil des urgences de l'hôpital Lariboisière. Il n'entre pas dans leurs attributions de porter une appréciation qualitative sur le bien-fondé ou la pertinence des démarches diagnostiques/d'orientation et des décisions médicales prises. Cela relèverait d'une expertise non prévue dans le cadre de la mission, pouvant le cas échéant s'inscrire dans un cadre judiciaire séparé.

2. CHRONOLOGIE DE L'ÉVÉNEMENT

Le 17/12/2018

- Patiente de 55 ans prise en charge à proximité d'un centre médico-social où elle n'aurait pas pu être reçue, par la BSPP à 18h17 et enregistrée sous le nom de M.MYA...
- (DONNEES MEDICALES SUPPRIMEES)
- Arrivée de la patiente au SAU via le circuit pompier à 18h40. Elle est enregistrée à l'accueil du SAU à 18h50, par un professionnel paramédical du SAU avec la même identité que celle de la fiche pompier.
- (DONNEES MEDICALES SUPPRIMEES)
- (DONNEES MEDICALES SUPPRIMEES)
- La patiente est classée niveau 3 de priorité et est orientée vers le « circuit court » après confirmation orale du MCO (traçabilité dans la fiche IAO). Elle est placée dans la salle d'attente du circuit court, en brancard, avec un masque de protection simple.
- La patiente est vue 2 fois par l'IOA qui l'avait initialement évaluée, vers 19h00 et avant son départ à 21h00. (DONNEES MEDICALES SUPPRIMEES)
- Vers minuit l'AS de l'Accueil (AS2) fait un tour de la salle d'attente. Elle fait sortir des personnes hébergées, relevant du 115 et s'enquiert de l'état d'autres patients présents dans la salle d'attente.
- L'AS du circuit court (AS1) fait un appel de la patiente sous son nom d'enregistrement, en salle d'attente du circuit court puis en zone d'accueil et à l'extérieur, devant l'entrée ambulatoire du service puis enfin à nouveau dans la salle d'attente du circuit court. Elle n'obtient pas de réponse et le trace sur le dossier papier à 23h55 (« NRP » : patiente ne répondant pas à l'appel).
- A 01h18, le timbre informatique de la patiente est enlevé d'URQUAL et la patiente est déclarée en « fugue ». Le login utilisé est le login générique d'un interne de spécialité.
- Il n'y a pas de traçabilité d'un autre appel de la patiente.
- A 6h00, bien que cela ne soit pas dans ses missions, l'AS2 présente ce jour-là réalise, comme elle en a l'habitude, son tour dans la salle d'attente. Elle précise qu'elle l'a effectué tardivement en raison de l'activité soutenue à l'accueil des urgences dans la nuit. Il reste une dizaine de personnes dans la salle (4 à 5 patients pour le circuit court et les autres en attente de leur moyen de transport pour repartir). Elle découvre la patiente qu'elle pense initialement endormie, face vers le mur, inanimée. Elle alerte ses collègues et la transfère immédiatement dans la salle des urgences vitales.

- La patiente est prise en charge, le MCO effectue des manœuvres de réanimation pendant 10mn alors que la patiente est en état de mort apparente.
- Les effets de la patiente sont récupérés. Sa carte d'identité permet de rétablir son identité exacte M. MYR... Une recherche de contacts avec la famille ou des proches est entreprise sans délai.

3. RÉPONSES AUX DEMANDES DE LA MISSION

3.1. Analyser la conformité du processus de prise en charge de la patiente aux procédures applicables et aux recommandations s'appliquant aux services d'accueil des urgences (volet médical).

3.1.1. Identification du patient : L'identité notée par les pompiers est inexacte. La procédure d'identité-vigilance de l'APHP précise que le contrôle d'identité doit être fait en lien avec le patient lorsqu'il est conscient et au regard d'une pièce d'identité valide. En l'absence de papier d'identité, l'enregistrement se fait sous une identité à statut « dit provisoire » : l'identité indiquée par les pompiers n'a pas été remise en cause et l'enregistrement n'a pas été fait sous statut provisoire alors que le contrôle n'avait pas été réalisé en s'appuyant sur une pièce d'identité en dépit de l'état de conscience de la patiente. *L'enregistrement n'a pas été conforme à la procédure.*

3.1.2. Tri et orientation : La patiente est reçue par l'IOA dans un délai court après son arrivée (10 mn). Elle est classée niveau 3 (vert, temps d'attente théorique médecin 60 minutes) et orientée vers le circuit « court » du SAU Lariboisière, conformément à l'échelle de tri du SAU (Document Aide au tri, Livret d'accueil des médecins, référentiel de la SFMU sur l'IOA) et après sollicitation de l'avis du MCO. *Le tri et l'orientation ont été conformes aux procédures du service et aux recommandations nationales.*

3.1.3. Surveillance : La surveillance de la salle d'attente du circuit court devrait être effectuée au minimum toutes les 120mn (Procédures locales écrites et citées par l'IOA). Selon le protocole local, la réévaluation des patients présents est du même niveau de priorité que le triage des nouveaux arrivants. La mission note qu'au minimum 2 passages auraient dû être effectués entre 21h00 et l'enregistrement du mode de sortie (01h18). *La surveillance de la patiente n'a pas été conforme aux procédures internes.*

3.1.4 Délai de prise en charge : Deux appels (sous mauvaise identité) pour initier la prise en charge médicale ont été réalisés par l'AS1 vers minuit et n'ont pas abouti à l'identification de la patiente dans une salle d'attente surchargée. *L'erreur d'identité a pu être un élément contributif dans l'absence de réponse lors des appels effectués.* Le délai de prise en charge (premier appel pour installation en box plus de 5 heures après l'inscription de la patiente) est très important, et est une conséquence du nombre considérable de patients en attente d'être pris en charge en circuit court.

3.1.5. Procédure de sortie : La patiente a été appelée à 4 reprises vers minuit : 2 fois dans la salle d'attente du circuit court, une fois dans la salle d'attente avant l'IOA, une fois à l'extérieur, devant l'entrée ambulatoire du service. L'absence de réponse a été tracée une fois dans le dossier papier. A 1h18, le timbre informatique de la patiente a été supprimé du système, le mode de sortie enregistré étant « en fugue ». Le dossier papier initialement installé en circuit court pour effectuer un 3^{ème} appel a été classé avec les dossiers papiers des sortants après la sortie informatique de la patiente. La procédure prévoit une sortie après 3 appels infructueux à 20 mn d'intervalle, notés sur URQUAL et une vérification des bracelets d'identité des patients en attente. Elle n'a pas été totalement respectée, la patiente ayant été considérée comme sortie à l'issue de deux appels et sans vérification des bracelets des malades en attente. L'enquête n'a pas permis d'identifier le professionnel qui a effectué la sortie informatique sous un login générique. *L'enregistrement du mode de sortie n'a pas été réalisé en conformité avec la procédure du service. L'utilisation d'un login générique ne permet pas d'identifier le professionnel qui a inscrit la sortie.*

3.1.6. Information de la famille : Les papiers retrouvés sur la patiente à l'issue des manœuvres de réanimation ont permis de corriger son identité. Une recherche de contacts avec la famille ou des proches est immédiatement entreprise, conformément aux bonnes pratiques, dès la découverte de l'EIG.

3.2. Analyser les conditions d'organisation des soins la nuit de l'évènement (effectifs présents, procédures en vigueur, parcours patient) (volet administratif-soignant)

Pour la clarté de l'exposé de l'enquête, nous avons séparé chaque sous-paragraphe du 3.2. en deux parties, l'une concernant des remarques spécifiques à la nuit du 17-18 décembre 2018 et l'autre, d'ordre plus général, sur le fonctionnement du SAU de Lariboisière.

3.2.1. Les locaux : (annexe 2)

- Le 17 Décembre :
 - Les zones d'attente étaient très occupées avec un pic de 50 patients en attente à 18h06. La moyenne du nombre de patients présents au SAU le 17/12 à 18h00 au 18/12 à 06h30 par tranche horaire a été de 86 patients avec des extrêmes de 106 et 62. La moyenne du nombre de patients en zone d'attente du circuit court

le 17/12 à 18h00 au 18/12 à 06h30 a été de 32 patients avec des extrêmes de 50 et 17 patients.

- Une quinzaine de patients des urgences ORL est arrivée de la consultation d'ORL au SAU pour se faire réenregistrer vers 21h par l'IOA, selon la procédure en vigueur, ce qui a augmenté d'autant la charge de travail de l'IOA.
 - Quelques personnes en hébergement social étaient présentes dans la salle d'attente du circuit court toute la nuit.
 - Quelques patients du circuit long en attente de prise en charge étaient également présents dans la salle d'attente du circuit court.
 - La fermeture de la porte entre la zone d'accueil avant l'IOA et la salle d'attente du circuit court n'était pas fonctionnelle, favorisant le passage des accompagnants et des personnes précaires venant passer la nuit en salle d'attente augmentant ainsi le nombre de personnes présentes dans cette zone.
- En général : outre les éléments indiqués pour la nuit du 17 décembre qui sont récurrents
 - Il existe un problème global d'insuffisance de surface du SAU de Lariboisière et du nombre de boxes d'examen (18 boxes, Salle d'Accueil des Urgences Vitales comprise) aboutissant la plupart des soirées à un phénomène « d'entonnoir » et à un nombre important de patients en attente d'examen médical. Par comparaison, le SAU de Bichat possède 26 boxes d'examen pour un nombre de passages comparable et le SAU de Saint-Antoine possède le même nombre de boxes qu'à Lariboisière pour un nombre de passages égal au 2/3. La répartition des zones du SAU est conforme aux recommandations de la SFMU et s'il n'existe pas de recommandations sur les surfaces proprement dites, la moyenne des surfaces des SAU français en 2004 était de 40m² pour 1 000 passages soit une surface théorique de 3 500 m² pour Lariboisière qui dispose de 2 400 m² dont 800 m² d'UHCD.
 - La zone de soins du « circuit court » ainsi dénommé dans le SAU de Lariboisière ne correspond pas au « fast-track » recommandé pour le fonctionnement optimisé d'un SAU. En effet celui de Lariboisière même s'il est basé sur une répartition des malades selon la charge prévisible de soins, mélange des malades de tri 3, 4 et 5, en attente couchée et assise, ne permettant pas un débit accéléré de la prise en charge des malades.
 - La présence au sein des urgences de la consultation des urgences céphalées (CUC) jusqu'à 18h et des urgences ORL d'Ile de France pendant la garde se fait au dépend de la surface utile du SAU et l'ampute d'un secteur qui lui était autrefois dévolu.
 - Il n'y a pas de surfaces prévues pour l'accueil de la population démunie, particulièrement dense dans ce SAU et qui se « réfugie » dans les zones d'attente

y compris dans celle du circuit court où elle occupe parfois des brancards à l'insu du personnel.

3.2.2. Les effectifs paramédicaux et l'organisation de travail :

- Le 17 décembre :
 - La présence du personnel paramédical était conforme au planning prévisionnel et au planning cible du SAU. Un cadre de nuit était présent.
 - L'activité était très soutenue avec 249 passages enregistrés (moyenne 230/j). La charge de travail des IOA présentes la nuit à l'accueil ne leur a pas permis d'appliquer la procédure de la surveillance de la salle d'attente du circuit court.
- En général :
 - A l'accueil, 70% des enregistrements sont réalisés par les soignants. Ainsi une partie du temps soignant est utilisée pour l'enregistrement de l'identité des patients, les agents administratifs d'accueil enregistrant essentiellement les arrivées par les pompiers.
 - Un renfort de l'équipe par une IDE de nuit, affectée au circuit court, et une priorisation d'aide du SAU par la suppléance en cas d'absence inopinée ont été décidés par la direction à l'issue de ses discussions avec le SAU en septembre 2018.

3.2.3. Les effectifs médicaux :

- Le 17 décembre :
 - Le poste de 2^{ème} médecin de circuit court en journée a été vacant, ce qui a généré ensuite une surcharge sur l'activité de garde. Quand le médecin du circuit court a pris sa garde à 18H00, 30 patients étaient en attente dans ce secteur, rendant impossible l'identification rapide de patients à prioriser dans la prise en charge.

- En général :
 - Le ratio des effectifs médicaux au regard de l'activité est inférieur à celui des SAU de l'APHP : le personnel médical du SAU de Lariboisière est actuellement de 23,5 ETP depuis novembre 2018. Cet effectif fait l'objet d'un plan d'action avec la direction de l'établissement qui avait prévu de passer à 24,5 ETP en février 2019 dans un contexte où la défense des postes d'urgence est particulièrement difficile dans ce GH. Il faudrait 28 ETP pour atteindre la moyenne de l'AP-HP et 32,4 ETP pour s'aligner sur les recommandations professionnelles.

3.2.4. Organisation des soins :

- La nuit du 17 :
 - Les règles générales d'organisation concernant le tri et le fonctionnement des zones d'examen du service ont été respectées. L'identité-vigilance n'a pas été conforme à la procédure. La procédure de surveillance de la zone d'attente du circuit court a été très partiellement appliquée. D'après les auditions menées par la mission, la difficulté voire l'impossibilité à différentes périodes d'affluence d'appliquer certaines procédures, notamment celle de la surveillance de cette zone d'attente, était connue par le personnel.

- En général
 - Les différentes zones d'examen (SAUV, Boxes circuit long, boxes circuit court) connaissent les mêmes difficultés que nombre de SAU de la région et de France :
 - Délais d'attente longs entre l'enregistrement de l'identité et la prise en charge par l'IAO.
 - Dépassement des délais théoriques de prise en charge médicale en fonction du tri (Enregistrement – PEC par le médecin).
 - Durée totale de passage au SAU (Enregistrement – Sortie) longue et supérieure à l'objectif institutionnel de l'APHP.

Les membres de la mission saluent l'engagement et le professionnalisme de l'équipe des urgences de Lariboisière qui exercent leur métier dans des conditions difficiles du fait de son activité et de ses contraintes.

- Il existe cependant un problème particulièrement aigu de la surveillance de la zone d'attente du circuit court après l'enregistrement par l'IOA. Cette zone accueille les patients en attente de circuit court (2/3 de l'ensemble des patients),

les patients en attente du circuit long lorsque ce secteur est saturé, les accompagnants et certaines personnes installées à l'insu du personnel (précaires passant la nuit au SAU). Cette zone est souvent saturée et insuffisamment surveillée. La procédure écrite du service n'est pas appliquée et probablement difficilement applicable de façon récurrente. Cette surveillance dévolue aux IOA vient en complément de leur travail d'évaluation initiale des patients, de surveillance de la zone d'attente d'accueil et d'une partie de l'enregistrement administratif des patients.

- L'éloignement de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ne permet pas d'hospitaliser la nuit des patients instables car l'intervention du médecin de garde serait longue. Ces quelques patients restent au SAU et participent au ralentissement du flux. La DMS de l'UHCD est de 1,8 jours, sensiblement au-dessus des recommandations (< 1j) et de la moyenne de l'APHP. Ce défaut d'aval retentit sur la fluidité du SAU.
- Le SAU assure un travail social particulièrement important lié au territoire, à la proximité de la Gare du nord et du centre de prise en charge de la toxicomanie. De nombreuses personnes précaires en détresse avec ou sans pathologie arrivent au SAU sans qu'il existe des moyens spécifiques adaptés en locaux, personnels et médiateurs sociaux.
- Les urgences psychiatriques prises en charge par le personnel du secteur psychiatrique dans la journée (un psychiatre et un infirmier psychiatrique) ne bénéficient plus de l'IDE psychiatrique la nuit du secteur, la charge revenant au personnel paramédical du SAU.

3.3. Formuler en tant que de besoin des recommandations sur l'organisation et le fonctionnement du service d'accueil des urgences de l'hôpital Lariboisière et/ou de portées plus générale.

3.3.1. Pour le SAU Lariboisière :

3.3.1.1 Installer un véritable circuit ultra court (fast track) avec du personnel médical adapté afin d'améliorer le flux de prise en charge des patients.

3.3.1.2 Redéfinir les critères de présence des personnes (patients, accompagnants, hébergés) en zone d'attente circuit court et les faire respecter.

3.3.1.3 Réorganiser l'accueil et redéfinir les missions du personnel, en particulier pour la surveillance de la zone d'attente du circuit court par du personnel soignant, à la faveur des mesures de renforcement prévues par le plan d'action initié depuis plusieurs mois.

3.3.1.4 S'assurer que la prise en charge des personnes en situation de précarité sans demande médicale identifiée n'impacte pas les zones de prise en charge des patients, salle d'attente du circuit court comprise.

3.3.1.5 Diminuer l'activité de recueil des données administratives par les soignants.

3.3.1.6 Adapter les effectifs de personnel médical à l'organisation et aux besoins.

3.3.1.7 Vérifier la faisabilité des procédures du service et les réajuster le cas échéant.

3.3.1.8 S'assurer de la formation des personnels aux procédures, en particulier celle d'identito-vigilance.

3.3.1.9. Augmenter la surface dédiée au SAU de Lariboisière en réintégrant, au profit du SAU, les locaux CUC et ORL et en leur trouvant une autre localisation. Cette action prioritaire devrait être faite dans l'attente d'un nouveau SAU prévu en 2023 dont il faudra vérifier l'anticipation du besoin en surface.

3.3.1.10. Envisager la possibilité d'un agrandissement de la zone d'accueil sur l'emprise extérieure par extension du hall d'accueil.

3.3.2. Pour l'ensemble des SAU

Dans la plupart des SAU il existe des difficultés pour prendre en charge les patients dans des délais qui n'augmentent pas la morbi-mortalité. Ceci est lié à une augmentation constante

d'activité, les services d'urgence devant assurer sans limitation possible ce que la permanence des soins ou les systèmes d'activité médicale non programmée ne sont pas capables de faire. Les problèmes d'aval, c'est-à-dire les difficultés d'hospitalisation des malades du SAU dans un autre service dans les 24 premières heures suivant son arrivée, est un élément majeur de la fluidité des SAU. Au-delà de ce constat général, la mission a souhaité souligner deux points à partir de l'analyse des conditions de la prise en charge de cette patiente qui devraient être des éléments d'attention pour l'ensemble des SAU de la région.

3.2.1. Mener au niveau de la région une action d'ampleur de sensibilisation des établissements et des SAU pour s'assurer de l'effectivité de la surveillance des patients en attente de prise en charge médicale. En effet, l'attente entre l'évaluation par l'IOA et le premier contact médical représente un point de risque important insuffisamment couvert par l'organisation actuelle des SAU. Cette surveillance est d'autant plus délaissée que le SAU est en surcharge et que le protocole qui la prévoit est difficile à mettre en œuvre. La faisabilité de cette surveillance doit être un point de vigilance. Il conviendrait d'étudier les possibilités de géolocalisation des patients au sein des services d'urgence intégrées dans les systèmes d'information de prise en charge des patients.

3.2.2. Evaluer régulièrement les risques liés à la prise en charge (patients traceurs, RMM, CREX, visites de risques,...) et l'application des procédures pour mieux les réajuster si besoin.

3.2.3. Les moyens (effectifs, locaux) sont sensiblement variables d'un établissement à l'autre et non proportionnés à l'activité qui augmente régulièrement. L'exigence légitime de qualité (temps d'attente, efficacité diagnostique et thérapeutique) se renforce. Une réflexion nationale devrait être engagée sur la définition de normes relatives aux moyens nécessaires pour accomplir les missions confiées aux SAU dans le respect d'objectifs de qualité de prise en charge. Elle associerait les sociétés savantes, les associations professionnelles et d'utilisateurs sous l'égide du ministère de la santé.

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION



Direction générale

Affaire suivie par :

Pr Dominique PATERON
APHP

Anne-Gaëlle DANIEL
Inspection régionale autonomie santé (ARS)
Courriel : anne-gaëlle.daniel@ars.idf.fr
Tél : 01 44 02 04 43

Monsieur le Pr Dominique PATERON
Président de la collégiale des urgences
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur Pierre CHARESTAN
Chef de service des urgences
CHU d'Aulnay-sous-Bois

Madame Véronique MARIN-LA MESLEE,
Directrice des soins
Direction de l'Inspection et de l'Audit AP – HP

Madame Anne-Gaëlle DANIEL
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
Directrice de l'inspection régionale autonomie santé ARS

Paris, le 21 DEC. 2018

Mesdames, Messieurs,

Nous avons été informés du décès d'une patiente aux services des urgences (SAU) de l'hôpital Lariboisière dans la nuit du 17 au 18 décembre 2018 :

- La patiente amenée seule aux urgences par la BSPP vers 16h a été enregistré, et après évaluation de son état, a été placée en salle d'attente « circuit court » et installée sur un brancard.
- Elle a été appelée à 0h55 puis 1h18 sous le nom donné par la BSPP qui n'était pas précisément le sien et n'ayant pas répondu et n'étant pas accompagnée, n'a pas été réexaminée.
- Elle a ensuite été retrouvée morte sur le brancard de la salle d'attente vers 6h.

Un obstacle médico-légal a été posé et une enquête judiciaire est en cours.

La gravité de l'évènement nécessite la mise en œuvre d'une mission d'enquête conjointe ARS / AP-HP dans le but de reconstituer la chronologie précise des faits, et de décrire les conditions de prise en charge au SAU de Lariboisière les 17 et 18 décembre 2018.

La mission conjointe devra plus précisément :

- Analyser la conformité du processus de prise en charge de la patiente aux procédures applicables et aux recommandations s'appliquant aux services d'accueil des urgences (volet médical).
- Analyser les conditions d'organisation des soins la nuit de l'évènement (effectifs présents, procédures en vigueur, parcours patient) (volet administrativo-soignant)
- Formuler en tant que de besoin des recommandations sur l'organisation et le fonctionnement du service d'accueil des urgences de l'hôpital Lariboisière et/ou de portée plus générale.

Elle sera co-dirigée par le Pr Pateron, président de la collégiale des urgences (APHP), et le Dr Charestan, chef de service des urgences au CHI d'Aulnay-sous-Bois, mandaté par l'ARS, pour le volet médical et par Anne-Gaëlle Daniel et Véronique Marin-La Meslée pour le volet administratif et soignant. La mission bénéficiera en tant que de besoin de l'expertise de la Direction de l'Offre des Soins de l'ARS et de la Direction de l'Organisation Médicale et des Universités de l'APHP.

La mission débutera à partir du vendredi 21 décembre. Elle mènera les entretiens qu'elle jugera nécessaires dans les locaux de l'hôpital Lariboisière, et pourra se faire communiquer tous documents utiles.

Votre compte-rendu d'enquête, présenté sous double timbre, nous sera remis au plus tard le 11 janvier 2019.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
d'Ile-de-France



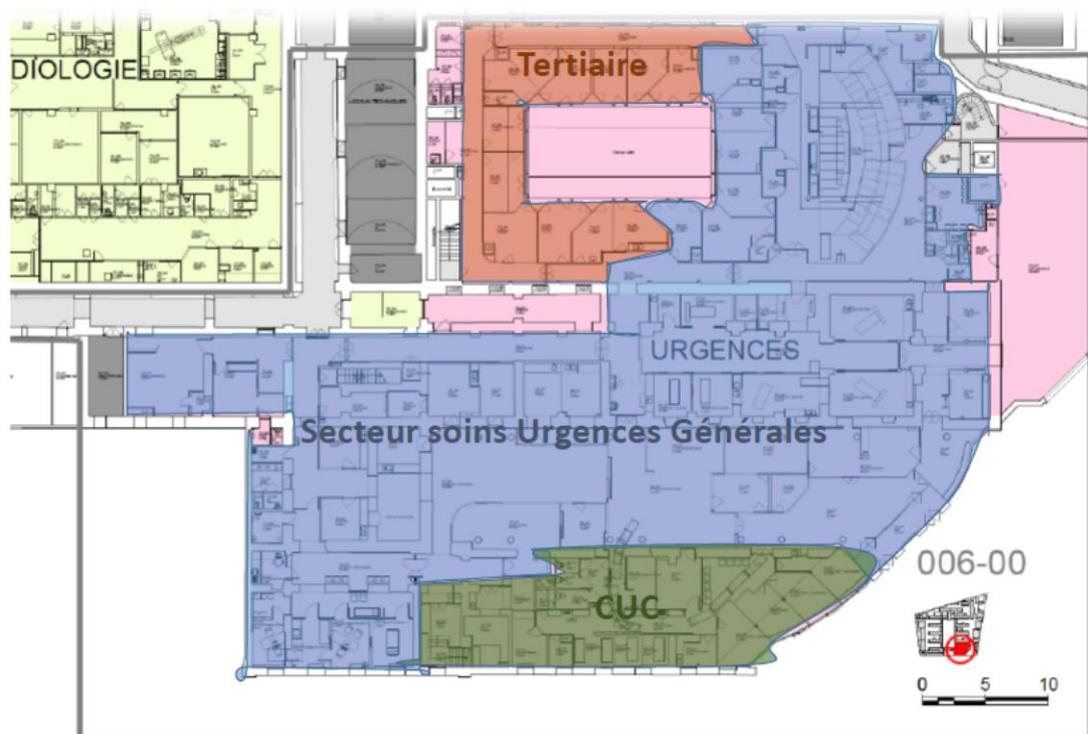
Aurélien ROUSSEAU

Le Directeur général
De l'Assistance Publique –
Hôpitaux de Paris



Martin HIRSCH

ANNEXE 2 : PLAN DES LOCAUX



Bleu : Accueil + circuit court + circuit long + SAUV + salles d'attente + antenne radio du SAU=1500 m²

Orange : tertiaire du SAU = 150 m²

Vert : Centre des Urgences Céphalées (CUC) de jour / grande garde d'ORL de nuit = 185 m²