



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2009-029P

# Prise en charge d'un patient par le SAMU 91 dans la nuit du 27 au 28 décembre 2008

**RAPPORT PROVISOIRE**

Établi par

Dr. Sylvain PICARD

Daniel POSTEL-VINAY

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mars 2009 -

## Synthèse

Par lettre du 30 décembre 2008, Madame la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a demandé à l'IGAS de procéder à une enquête sur les conditions de prise en charge d'un patient par le SAMU 91 dans la nuit du samedi 27 au dimanche 28 décembre 2008.

Ce patient, un homme de 56 ans, est décédé à son arrivée à l'hôpital de Lariboisière le dimanche 28 décembre vers 6h15 du matin alors que son épouse avait appelé les pompiers le samedi 27 décembre à 23h53.

Pour reconstituer la chronologie des événements, la mission a procédé à l'écoute des bandes d'enregistrement des appels entrants et sortants du SAMU 91. Elle s'est également appuyée sur l'audition des douze médecins qui ont joué un rôle dans la prise en charge du patient.

Alors qu'un lit de réanimation disponible a été trouvé 34 minutes après l'indication de réanimation posée par le médecin urgentiste du SAMU primaire, deux divergences d'appréciation médicale successives et plusieurs dysfonctionnements organisationnels ont retardé la mise en place de la solution opérationnelle cible. L'absence d'admission du patient dans un lit de réanimation n'est pas due à une insuffisance de lits de réanimation disponible.

Des éléments d'information recueillis par la mission, il ressort que l'admission plus précoce du patient dans un service de réanimation n'aurait selon toute vraisemblance pas modifié ni retardé l'issue fatale de la maladie.

Les constats établis par la mission conduisent à formuler un petit nombre de recommandations. La recommandation la plus importante porte sur l'exercice médical. Elle consiste à favoriser le contact téléphonique direct entre le médecin urgentiste qui se trouve au chevet du malade et le médecin hospitalier responsable de l'admission dans un établissement, chaque fois qu'une divergence médicale survient entre ces deux médecins. Parmi les recommandations relatives à l'organisation médico-administrative des urgences, la principale recommandation est propre à la région parisienne. Elle vise à décroiser le découpage des SAMU par département en promouvant une organisation centralisée au niveau régional.

# Sommaire

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>3</b>
<b>PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PAR LE SAMU 91 DANS LA NUIT DU 27 AU 28 DECEMBRE 2008</b> .....	<b>7</b>
1. LE FAIT QUE L'ADMISSION EN SERVICE DE REANIMATION PRESCRITE PAR LE MEDECIN DU SMUR PRIMAIRE A 1H41 DU MATIN N'AIT PAS PU ETRE EXECUTEE JUSQU'AU DECES DU PATIENT SURVENU PLUS DE QUATRE HEURES PLUS TARD NE SEMBLE PAS AVOIR ENTRAINE UNE PERTE DE CHANCE POUR LE PATIENT .....	7
1.1. <i>Rappel chronologique</i> .....	7
1.2. <i>L'absence selon toute vraisemblance de perte de chance</i> .....	8
2. L'INEXECUTION DE LA PRESCRIPTION DU MEDECIN DU SMUR PRIMAIRE DE PLACEMENT DANS UN LIT DE REANIMATION S'EXPLIQUE PAR UN ENSEMBLE DE CAUSES MEDICALES ET ORGANISATIONNELLES.....	8
2.1. <i>Deux divergences d'appréciations médicales successives ont compliqué le parcours du patient et retardé la mise en place d'une solution opérationnelle</i> .....	8
2.1.1. La première divergence survient à 2h15 du matin lorsque le médecin réanimateur de l'hôpital Bichat-Claude Bernard estime que l'admission du patient en réanimation n'est pas justifiée .....	8
2.1.2. La seconde divergence médicale survient à 2h38 du matin lorsque le réanimateur de l'hôpital St Antoine pose l'indication d'une coronarographie préalable à l'admission en réanimation, sur la foi d'un bilan médical involontairement incomplet.....	9
2.2. <i>Des causes organisationnelles, les unes fortuites, les autres systémiques, ont retardé l'accès du patient au placement dans un lit de réanimation</i> .....	10
2.2.1. Les deux causes organisationnelles fortuites .....	10
2.2.2. Les six causes systémiques.....	11
3. LES RECOMMANDATIONS.....	13
3.1. <i>Les recommandations relatives à l'exercice médical : expérimenter le contact direct entre le médecin urgentiste au chevet du malade et le médecin hospitalier responsable de l'admission en établissement en cas de divergence d'appréciation sur les indications médicales</i> 13	
3.2. <i>Les recommandations relatives à l'organisation médico-administrative des urgences</i> .....	14
3.2.1. Parfaire les dispositifs d'information sur les lits disponibles en réanimation et cardiologie interventionnelle.....	14
3.2.2. Améliorer la connaissance par les SAMU de la cartographie de l'offre, en particulier des plateaux pluridisciplinaires.....	14
3.2.3. Vérifier les conditions d'accès téléphonique des SAMU aux établissements de soins15	
3.2.4. Décloisonner l'organisation des urgences en région parisienne.....	15
3.2.5. Recentrer sur la médecine l'exercice professionnel des médecins régulateurs des SAMU en les déchargeant des tâches de standardiste.....	15
3.2.6. Demander aux hôpitaux de protocoliser les conditions d'accueil des patients transportés par SMUR.....	15
3.2.7. Offrir aux ambulanciers des SMUR la formation et les outils nécessaires pour se repérer dans les hôpitaux de jour comme de nuit.....	16
3.3. <i>Vérifier l'adéquation de la répartition spatiale de l'offre en région parisienne avec les besoins en réanimation et en cardiologie interventionnelle</i> .....	16

<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....</b>	<b>17</b>
<b>LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>19</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXE 1 : CHRONOLOGIE DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT B PAR LE SAMU 91 DANS LA NUIT DU SAMEDI 27 AU DIMANCHE 28 DECEMBRE 2008.....</b>	<b>23</b>
<b>PIECE JOINTE.....</b>	<b>31</b>

## Prise en charge d'un patient par le SAMU 91 dans la nuit du 27 au 28 décembre 2008

- [1] Par lettre du 30 décembre 2008, Madame la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a demandé à l'IGAS de procéder à une enquête sur les conditions de prise en charge d'un patient par le SAMU 91 dans la nuit du samedi 27 au dimanche 28 décembre 2008. La mission a été confiée au Docteur Sylvain PICARD, Inspecteur Général, et à Daniel POSTEL-VINAY, Inspecteur Général.
- [2] Ce patient, un homme de 56 ans, est décédé à son arrivée à l'hôpital Lariboisière le dimanche 28 décembre vers 6h15 du matin alors que son épouse avait appelé les pompiers le samedi 27 décembre à 23h53. La demande d'admission du malade dans un service de réanimation exprimée par le médecin urgentiste du SMUR primaire à 1h41 n'a pas pu être satisfaite avant le décès du patient.
- [3] Pour reconstituer la chronologie des événements, la mission a procédé à l'écoute des bandes d'enregistrement des appels entrants et sortants du SAMU 91. Elle s'est également appuyée sur l'audition des douze médecins qui ont joué un rôle dans la prise en charge du patient, soit successivement le médecin régulateur, le médecin urgentiste du SMUR primaire, à l'hôpital de Longjumeau le médecin du services des urgences, le médecin réanimateur et le cardiologue, à l'hôpital Bichat le médecin réanimateur, à l'hôpital Saint Antoine l'interne et la chef de clinique du service de réanimation, à l'hôpital Lariboisière le médecin réanimateur, l'interne de l'unité de soins intensifs de cardiologie et le médecin coronarographe d'astreinte, enfin le médecin du SMUR secondaire qui a pris en charge le patient au cours du transport de Longjumeau à Lariboisière. La mission a complété son information par l'audition de l'ambulancier du SMUR secondaire, du vigile de garde à l'entrée de l'hôpital Lariboisière et de la Directrice de l'hôpital Lariboisière. La mission a d'autre part exploité la réponse du 20 janvier 2009 du Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris à un questionnaire de la mission, réponse jointe au présent rapport.
- [4] Ces informations ont permis à la mission de dresser le tableau chronologique du déroulement des faits, assorti des commentaires de la mission, joint en annexe. Le tableau chronologique fait partie intégrante de la procédure contradictoire.

### **1. LE FAIT QUE L'ADMISSION EN SERVICE DE REANIMATION PRESCRITE PAR LE MEDECIN DU SMUR PRIMAIRE A 1H41 DU MATIN N'AIT PAS PU ETRE EXECUTEE JUSQU'AU DECES DU PATIENT SURVENU PLUS DE QUATRE HEURES PLUS TARD NE SEMBLE PAS AVOIR ENTRAINE UNE PERTE DE CHANCE POUR LE PATIENT**

#### ***1.1. Rappel chronologique***

- [5] La chronologie détaillée figure en annexe. Pour la compréhension du rapport, il est utile de rappeler ici le déroulement des principaux événements.
- [6] L'épouse du patient appelle les pompiers à 23h53 le samedi 27 décembre 2008. Le médecin urgentiste du SMUR primaire arrive au domicile du malade à 0h30. Le médecin urgentiste transmet son bilan médical au médecin régulateur du SAMU 91 à 1h41 en prescrivant l'admission du malade en réanimation.

- [7] A 2h15, une place de réanimation est trouvée à l'hôpital Bichat-Claude Bernard, mais le médecin réanimateur conteste l'indication réanimatoire du malade.
- [8] A 2h38, le service de réanimation de l'hôpital St Antoine appelé par le médecin régulateur estime nécessaire de pratiquer une coronarographie préalablement à l'admission du patient en réanimation.
- [9] A 3h01, le patient est admis dans le service des urgences de l'hôpital de Longjumeau. Il y sera suivi par le médecin des urgences, le réanimateur et le cardiologue de l'établissement. Une radiographie thoracique sera pratiquée, ainsi qu'une échocardiographie. Une antibiothérapie par voie veineuse sera administrée. Le malade sera intubé et ventilé. Le malade fera successivement dans cet hôpital quatre arrêts cardio-respiratoires avant son départ à 5h33 pour l'hôpital Lariboisière, établissement où une table de coronarographie est mobilisée.
- [10] Peu avant l'arrivée à Lariboisière, le patient fait à 5h 52 un cinquième arrêt cardio-respiratoire. A 6h18, peu après l'arrivée à Lariboisière, le médecin urgentiste du SMUR secondaire constate que le patient est décédé.

### ***1.2. L'absence selon toute vraisemblance de perte de chance***

- [11] La mission estime que l'admission du patient dans un service de réanimation n'aurait, selon toute vraisemblance, pas modifié ni retardé l'issue fatale. En effet, le patient a bénéficié dès sa prise en charge à domicile par le médecin du SMUR primaire à 0 heure 30 de la plupart des techniques de réanimation disponibles dans les services de réanimation et ceci de manière continue sans interruption jusqu'à son décès. Sa défaillance respiratoire, qui est devenue cardio-respiratoire après le premier arrêt cardiaque survenu alors que le patient avait été admis dans le service des urgences de l'hôpital de Longjumeau, a été prise en charge dans des conditions équivalentes à celles qui auraient été mises en œuvre dans un lit de réanimation.
- [12] En particulier, après que la radiographie des poumons pratiquée à l'hôpital de Longjumeau ait confirmé le diagnostic de pneumopathie posé par le médecin urgentiste du SMUR primaire, le patient a bénéficié d'une antibiothérapie administrée par voie veineuse.

## **2. L'INEXECUTION DE LA PRESCRIPTION DU MEDECIN DU SMUR PRIMAIRE DE PLACEMENT DANS UN LIT DE REANIMATION S'EXPLIQUE PAR UN ENSEMBLE DE CAUSES MEDICALES ET ORGANISATIONNELLES**

### ***2.1. Deux divergences d'appréciations médicales successives ont compliqué le parcours du patient et retardé la mise en place d'une solution opérationnelle***

#### **2.1.1. La première divergence survient à 2h15 du matin lorsque le médecin réanimateur de l'hôpital Bichat-Claude Bernard estime que l'admission du patient en réanimation n'est pas justifiée**

- [13] Le médecin réanimateur de Bichat, qui a des lits disponibles, estime que le patient ne relève pas encore d'un placement en lit de réanimation. Il estime qu'il y a lieu de temporiser et que le patient doit d'abord être pris en charge dans un service d'urgences. Il pense qu'il existe une bonne probabilité qu'après une telle prise en charge le patient ne relève plus d'un service de réanimation.

- [7] A 2h15, une place de réanimation est trouvée à l'hôpital Bichat-Claude Bernard, mais le médecin réanimateur conteste l'indication réanimatoire du malade.
- [8] A 2h38, le service de réanimation de l'hôpital St Antoine appelé par le médecin régulateur estime nécessaire de pratiquer une coronarographie préalablement à l'admission du patient en réanimation.
- [9] A 3h01, le patient est admis dans le service des urgences de l'hôpital de Longjumeau. Il sera suivi par le médecin des urgences, le réanimateur et le cardiologue de l'établissement. Une radiographie thoracique sera pratiquée, ainsi qu'une échocardiographie. Une antibiothérapie par voie veineuse sera administrée. Le malade sera intubé et ventilé. Le malade fera successivement dans cet hôpital quatre arrêts cardio-respiratoires avant son départ à 5h33 pour l'hôpital Lariboisière, établissement où une table de coronarographie est mobilisée.
- [10] Peu avant l'arrivée à Lariboisière, le patient fait à 5h 52 un cinquième arrêt cardio-respiratoire. A 6h18, peu après l'arrivée à Lariboisière, le médecin urgentiste du SMUR secondaire constate que le patient est décédé.

## *1.2. L'absence selon toute vraisemblance de perte de chance*

- [11] La mission estime que l'admission du patient dans un service de réanimation n'aurait, selon toute vraisemblance, pas modifié ni retardé l'issue fatale. En effet, le patient a bénéficié dès sa prise en charge à domicile par le médecin du SMUR primaire à 0 heure 30 de la plupart des techniques de réanimation disponibles dans les services de réanimation et ceci de manière continue sans interruption jusqu'à son décès. Sa défaillance respiratoire, qui est devenue cardio-respiratoire après le premier arrêt cardiaque survenu alors que le patient avait été admis dans le service des urgences de l'hôpital de Longjumeau, a été prise en charge dans des conditions équivalentes à celles qui auraient été mises en œuvre dans un lit de réanimation.
- [12] En particulier, après que la radiographie des poumons pratiquée à l'hôpital de Longjumeau ait confirmé le diagnostic de pneumopathie posé par le médecin urgentiste du SMUR primaire, le patient a bénéficié d'une antibiothérapie administrée par voie veineuse.

## **2. L'INEXECUTION DE LA PRESCRIPTION DU MEDECIN DU SMUR PRIMAIRE DE PLACEMENT DANS UN LIT DE REANIMATION S'EXPLIQUE PAR UN ENSEMBLE DE CAUSES MEDICALES ET ORGANISATIONNELLES**

### *2.1. Deux divergences d'appréciations médicales successives ont compliqué le parcours du patient et retardé la mise en place d'une solution opérationnelle*

#### **2.1.1. La première divergence survient à 2h15 du matin lorsque le médecin réanimateur de l'hôpital Bichat-Claude Bernard estime que l'admission du patient en réanimation n'est pas justifiée**

- [13] Le médecin réanimateur de Bichat, qui a des lits disponibles, estime que le patient ne relève pas encore d'un placement en lit de réanimation. Il estime qu'il y a lieu de temporiser et que le patient doit d'abord être pris en charge dans un service d'urgences. Il pense qu'il existe une bonne probabilité qu'après une telle prise en charge le patient ne relève plus d'un service de réanimation.

- [14] Le médecin régulateur du SAMU 91 ne conteste pas ce point de vue. Il n'informe pas immédiatement le médecin du SMUR du refus d'admission prononcé par le réanimateur de Bichat. Pour autant, le médecin régulateur du SAMU n'en poursuit pas moins la recherche d'un lit de réanimation.
- [15] Interrogé par la mission, le médecin réanimateur n'a pas su expliquer les critères objectifs sur lesquels il se fonde pour accepter ou refuser d'admettre un patient en réanimation.
- [16] La mission observe qu'il s'est écoulé 34 minutes<sup>1</sup> entre l'indication d'admission en réanimation par le médecin urgentiste du SMUR primaire et l'identification d'un lit de réanimation disponible. Force est de constater que le défaut d'admission en réanimation dans un délai raisonnable n'est pas dû à l'absence de lit de réanimation disponible.
- 2.1.2. La seconde divergence médicale survient à 2h38 du matin lorsque le réanimateur de l'hôpital St Antoine pose l'indication d'une coronarographie préalable à l'admission en réanimation, sur la foi d'un bilan médical involontairement incomplet**
- [17] Le médecin régulateur poursuit ses recherches de lits de réanimation. En effet, il était déjà en charge de trouver un lit de réanimation pour un autre malade dont la prescription était antérieure à celle concernant le patient intéressant la mission. Le réanimateur de Bichat avait également refusé ce premier patient, estimant qu'il devait d'abord être vu dans un service d'urgence, puis le cas échéant, être admis dans un lit de soins intensifs, la réanimation ne devant pas, selon lui, être mobilisée avant.
- [18] Ayant appris par le SAMU 75 qu'il pouvait y avoir un lit de réanimation disponible à l'hôpital St Antoine, le médecin régulateur entre en contact avec l'interne du service de réanimation de St Antoine à 2h38. Consultée par son interne, la chef de clinique de St Antoine fait transmettre par son interne au médecin régulateur du SAMU 91 son avis sur la nécessité de la réalisation préalable d'une coronarographie, avant l'admission en service de réanimation, en précisant qu'il n'existe pas de table de coronarographie à St Antoine.
- [19] Le service de réanimation de St Antoine ne propose pas de réserver un lit de réanimation pour accueillir le patient au décours de la coronarographie. L'interne ne dit d'ailleurs pas explicitement que le service de St Antoine a un lit disponible, même si c'est implicite.
- [20] L'information sur l'indication de coronarographie est retransmise aussitôt au médecin du SMUR primaire. Celui-ci conteste l'indication de coronarographie posée par le réanimateur de St Antoine. Cette indication sera également contestée, a posteriori, par le médecin des urgences de Longjumeau et par le cardiologue de Longjumeau. Ce dernier médecin indiquera, lors de son audition le 7 janvier par la mission IGAS, que cette intervention lui paraissait, en outre, contre-indiquée compte tenu de l'état septicémique du patient. La contestation de l'indication de coronarographie est clairement exprimée au médecin régulateur à 4h31 dans le message du coronarographe d'astreinte de Lariboisière qui refuse dans un premier temps de pratiquer l'acte, message retransmis au médecin régulateur par l'interne en cardiologie de cet établissement, puis à 5h04 par le médecin du SMUR secondaire.

<sup>1</sup> Pour un patient précédent pour lequel un autre médecin urgentiste demande à 23h32 au médecin régulateur l'admission en réanimation, le délai pour mobiliser un lit de réanimation s'établit à 9 minutes.

- [21] A partir de 2h38, le médecin régulateur du SAMU 91, s'en tenant à la prescription d'une coronarographie par la chef de clinique de St Antoine relayée par son interne, se met en recherche d'un établissement disposant à la fois d'une table de coronarographie et d'un lit de réanimation disponible. Un plateau comportant l'ensemble de ces services ne sera trouvé qu'à 4h55 du matin, après que le médecin réanimateur de Bichat, qui n'accepte pas d'admettre le patient en l'absence de coronarographie préalable, soit intervenu auprès de l'unité de soins intensifs de cardiologie de Lariboisière pour faire changer d'avis le coronarographe d'astreinte initialement opposé à pratiquer l'acte.
- [22] Après audition de l'interne et du chef de clinique en fonction à St. Antoine à l'époque des faits, il apparaît que l'interne n'a pas mémorisé ni transmis à sa chef de clinique la symptomatologie infectieuse. La symptomatologie infectieuse figure pourtant dans le tableau clinique exposé par le médecin régulateur à l'interne à 2h38. L'indication de coronarographie a donc été posée sur la base d'un tableau clinique involontairement incomplet.
- [23] La symptomatologie infectieuse sera confirmée au médecin régulateur à 4h00 lorsque le médecin du service des urgences de Longjumeau lui donne le compte rendu de la radio des poumons. Ce dernier médecin, informé de l'indication de coronarographie posée par la chef de clinique de St Antoine, ne la conteste pas. Il omet de préciser au médecin régulateur du SAMU 91 que le patient fait l'objet d'une antibiothérapie par voie intraveineuse<sup>2</sup>.
- [24] Le médecin réanimateur de Bichat, informé à 4h06 par le médecin régulateur de l'aggravation de l'état du patient et de l'indication de coronarographie posée par la réanimation de St Antoine, ne discute pas le bien fondé de l'indication. Après avoir appris le refus du coronarographe d'astreinte de Lariboisière de pratiquer l'acte, il intervient auprès de l'interne en cardiologie de Lariboisière pour le faire changer d'avis. Après avoir auditionné le réanimateur de Bichat, l'interne en cardiologie et le coronarographe d'astreinte de Lariboisière, la mission constate l'absence de véritable discussion clinique de l'indication de coronarographie entre ces trois médecins.
- [25] Le coronarographe a indiqué à la mission que la lecture des électrocardiogrammes dont il a pris connaissance à Lariboisière immédiatement après le décès de patient ne plaident pas en faveur d'une coronarographie.

## **2.2. Des causes organisationnelles, les unes fortuites, les autres systémiques, ont retardé l'accès du patient au placement dans un lit de réanimation**

### **2.2.1. Les deux causes organisationnelles fortuites**

#### **2.2.1.1. Le standard de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière n'a pas répondu à l'appel du SAMU 91**

- [26] Le SAMU 91 appelle à 2h08 du matin le standard de la Pitié pour trouver un lit de réanimation. Le standard ne répondant pas pendant quatre minutes, la communication est abandonnée.
- [27] En réponse au questionnaire de la mission, la direction générale de l'AP-HP répond qu'en cas d'occupation du standard de la Pitié, l'appelant entend une sonnerie d'appel et non une tonalité d'occupation.

<sup>2</sup> Interrogé par la mission, le médecin du service des urgences de Longjumeau indiquera avoir oublié de procéder aux prélèvements de sang nécessaires à l'identification du germe avant d'administrer l'antibiothérapie par voie veineuse.

[28] La mission prend acte de cette situation insatisfaisante, également marquée par l'ignorance dans laquelle se trouve le SAMU 91 des numéros d'appel directs des services de réanimation de l'établissement.

2.2.1.2. L'unité de soins intensifs de cardiologie de Bichat a déclaré ne pas pouvoir procéder à un cathétérisme (coronarographie) cette nuit-là.

[29] Appelé à 4h11 du matin par le médecin régulateur du SAMU, l'unité de coronarographie de Bichat répond qu'il n'est pas possible de pratiquer un cathétérisme.

[30] Ce n'est qu'à 4h55 qu'une table de coronarographie pourra être mobilisée à Lariboisière, après un premier refus à 4h39 du coronarographe de Lariboisière de pratiquer un acte dont il conteste l'indication.

[31] En réponse au questionnaire de la mission, la direction générale de l'AP-HP explique l'impossibilité de pratiquer une coronarographie à Bichat par l'absence d'une des deux infirmières spécialisées dont le coronarographe de Bichat estime la présence nécessaire pour l'assister.

### 2.2.2. Les six causes systémiques

[32] Dans le délai imparti, la mission n'a pas procédé aux investigations nécessaires pour évaluer le dispositif de seuil d'alerte en cas de réduction de lits de réanimation disponibles en Ile de France<sup>3</sup>. La mission IGAS a identifié six causes systémiques.

2.2.2.1. La méthode de recherche par le SAMU des places disponibles dans les services prescrits est artisanale

- Le SAMU 91 n'a de visibilité sur les places de réanimation et de surveillance continue disponibles dans le seul département de l'Essonne que deux fois par jour à 6 heures et 18 heures.
- Le SAMU 91 n'a aucune visibilité sur les places disponibles dans les départements limitrophes, alors même que l'on est en tissu urbain quasi continu
- Le SAMU 77 contacté à 1 h 43 n'a aucune vision des places disponibles dans son propre département
- Pour le SAMU 75, contacté à 2 h 31 du matin par le SAMU 91, le dispositif électronique CAPRI (CAPacité des Réanimations sur Internet) permettant de connaître les places de réanimation disponibles sur les huit départements d'Ile de France n'était pas opérationnel, la plupart des hôpitaux ne l'ayant pas renseigné. En réponse au questionnaire de la mission, la direction générale de l'AP-HP convient que "les données de sont pas renseignées dans CAPRI par tous les établissements, ni de façon permanente, et ce de façon inhomogène".
- Dans cette situation, la méthode du SAMU 91 consiste de manière empirique à rechercher les lits disponibles par appel successif des établissements de la région, en commençant par ceux situés à proximité du patient. Entre 23h38 et 4h15 du matin, pour l'ensemble des trois patients pour lesquels un médecin urgentiste demande au SAMU 91 l'admission en réanimation, le médecin régulateur du SAMU 91 appellera successivement trente établissements publics et privés. Sur les trente établissements contactés, seuls quatre d'entre eux disposent d'un lit de réanimation disponible : Val d'Yerres, Bichat, St Antoine et Lariboisière.

<sup>3</sup> Une mission d'évaluation des serveurs régionaux de veille et d'alerte a été confiée au Conseil général des établissements de santé en janvier 2009, portant notamment sur la région Ile de France.

2.2.2.2. Les acteurs sont cloisonnés et font preuve d'une absence de pro-activité surprenante

- Le cloisonnement des acteurs de la région parisienne résulte de l'organisation des SAMU par département.
- Les SAMU 77 et 75 contactés par le SAMU 91 ne lui proposent pas de participer aux recherches d'un lit de réanimation. Le SAMU 91 ne leur demande pas non plus.

2.2.2.3. Le médecin régulateur est utilisé à une fonction de standardiste que sa formation supérieure de médecin ne justifie pas

[33] Une partie importante du temps du médecin régulateur est occupée à des fonctions de standardiste qui ne relèvent pas d'une formation médicale. Par exemple, de 1h à 2h12 du matin, le médecin régulateur du SAMU 91 est essentiellement occupé à contacter des hôpitaux, sans que les échanges téléphoniques n'aient un contenu médical.

2.2.2.4. La réception à Lariboisière d'un patient transporté par SMUR n'est pas organisée par l'hôpital

[34] Alors que les services de soins intensifs de cardiologie et de réanimation de Lariboisière connaissent l'histoire du patient depuis 4h15 du matin, information actualisée à 5h16 auprès du réanimateur de Lariboisière par le médecin régulateur du SAMU qui décrit l'évolution défavorable du patient, et en dépit de l'information donnée à 5h59 par le médecin régulateur du SAMU à l'interne en cardiologie de Lariboisière de l'arrivée imminente du SMUR et de l'état critique du patient sous massage cardiaque, il n'y a personne à l'arrivée pour accueillir l'équipe du SMUR et prendre en charge le patient. En dépit de la ténacité et du sang-froid remarquables déployés par le médecin du SMUR pour se repérer dans l'hôpital et trouver la salle de coronarographie, épisode que le réanimateur de Lariboisière qualifie de cauchemar, le patient décède avant que l'équipe du SMUR ait pu faire la jonction avec les équipes de Lariboisière.

[35] Les investigations de la mission ont montré que les accès à l'hôpital Lariboisière sont complexes. Il existe quatre entrées. Trois entrées donnent sur le devant de l'établissement rue Ambroise Paré: l'entrée Est pour l'accueil des urgences standard, l'entrée par la cour d'honneur au centre pour la neuro-chirurgie, l'entrée Ouest pour les urgences obstétricales. Pour la réanimation et les urgences cardiologiques, l'entrée est située derrière l'hôpital, boulevard de la Chapelle. Pour une personne non prévenue, cette entrée est impraticable de nuit. Mal signalée sur le boulevard de la Chapelle, il faut descendre du camion du SMUR pour sonner au poste de garde des pompiers. Il appartient au poste de garde, qui n'est pas situé à proximité immédiate du portail donnant sur le boulevard de la Chapelle, de faire ouvrir le portail. Une fois le portail ouvert, aucune signalétique lumineuse ne permet à l'ambulancier de se diriger soit vers les urgences cardiologiques, soit vers la réanimation, services qui sont situés dans des pavillons différents.

[36] Au cas particulier du SMUR secondaire de Corbeil Essonne, le camion s'est présenté à l'entrée principale de la cour d'honneur. Le vigile, non prévenu, n'a pas réorienté le camion vers la bonne entrée. A la suite d'un quiproquo entre le vigile et l'infirmière du SMUR sur la destination du malade, l'équipe du SMUR s'est d'abord fourvoyée au 3<sup>ème</sup> sous-sol du bâtiment médico-technique avant de revenir à l'entrée principale pour être ensuite réorientée vers la salle de coronarographie.

[37] Interrogée par la mission, la directrice de l'hôpital Lariboisière a indiqué que l'établissement n'informe pas les SAMU de la région des conditions d'accès à l'établissement suivant les différentes indications médicales. Par ailleurs, il n'existe pas de note de service indiquant la conduite à tenir par les personnels soignants et administratifs lorsque l'arrivée d'un SMUR est annoncée.

2.2.2.5. L'ambulancier du SMUR ne dispose pas de la formation et de l'outillage nécessaires pour se repérer dans les hôpitaux

[38] L'ambulancier du SMUR n'est pas équipé d'un système de cartographie électronique à jour permettant de choisir le meilleur abord de l'hôpital suivant l'indication médicale et ensuite de guider l'équipe soignante du SMUR à l'intérieur de l'hôpital.

2.2.2.6. La procédure du SAMU ne prévoit pas de mettre systématiquement en relation téléphonique le médecin du SMUR qui est au chevet du patient avec le médecin hospitalier qui prend la décision d'admission du patient dans son service, en cas de divergence d'appréciation entre ces deux médecins

[39] Le cas particulier montre l'intérêt de mettre directement en relation le médecin dont dépend l'admission dans un service hospitalier et le médecin du SMUR qui est au chevet du patient.

[40] Si le réanimateur de Bichat avait été mis en communication avec le médecin du SMUR primaire, le dialogue médical aurait sans doute gagné en précision et la divergence d'appréciation sur l'admission en réanimation aurait pu probablement être levée. Il est ainsi vraisemblable que le malade aurait été admis en réanimation à Bichat environ trois quarts d'heure plus tard, entre 3 heures et 3 heures 15 du matin.

[41] De même, si le réanimateur de St. Antoine avait pu dialoguer directement avec le médecin du SMUR primaire, il est vraisemblable que l'indication de coronarographie aurait été abandonnée. A fortiori l'aurait-elle été une fois connus le compte rendu de la radiographie thoracique du patient et l'antibiothérapie par voie veineuse.

[42] Le risque d'altération de l'information médicale dans les sens aller et retour lors des échanges téléphoniques est élevé. Dans l'épisode de Saint Antoine, les échanges font intervenir pas moins de quatre médecins: le médecin urgentiste du SMUR primaire, le médecin régulateur du SAMU 91, l'interne et la chef de clinique.

### 3. LES RECOMMANDATIONS

**3.1. *Les recommandations relatives à l'exercice médical : expérimenter le contact direct entre le médecin urgentiste au chevet du malade et le médecin hospitalier responsable de l'admission en établissement en cas de divergence d'appréciation sur les indications médicales***

[43] Le cas observé par la mission montre les limites d'un système de communication dans lequel le médecin régulateur fait l'interface entre le médecin urgentiste au chevet du malade et le médecin hospitalier responsable de l'admission dans un service. En plus du risque de déformation de l'information, le médecin régulateur n'est pas en situation d'arbitrer les différends médicaux.

[44] En cas de survenance d'un différend médical sur la conduite à tenir, il est proposé qu'un SAMU volontaire expérimente la mise en relation directe du médecin urgentiste et du médecin hospitalier à l'initiative du médecin régulateur. Les échanges entre le médecin urgentiste et le médecin hospitalier seraient enregistrés de telle sorte qu'en cas de besoin les responsabilités médicales soient clairement établies.

**Recommandation n°1 :** Demander à un SAMU volontaire d'expérimenter la mise en relation téléphonique directe du médecin urgentiste au chevet du malade et du praticien hospitalier chaque fois que survient une divergence d'appréciation médicale sur la conduite à tenir.

### 3.2. *Les recommandations relatives à l'organisation médico-administrative des urgences*

#### 3.2.1. **Parfaire les dispositifs d'information sur les lits disponibles en réanimation et cardiologie interventionnelle**

[45] La connaissance en temps réel des lits de réanimation réellement disponibles, c'est -à-dire disposant du personnel nécessaire pour prendre en charge un patient supplémentaire, se heurte à plusieurs difficultés organisationnelles et certaines pratiques qui sont propres à l'Ile de France.

[46] Il serait d'abord difficile de prévoir la disponibilité des lits de réanimation, tant en entrée au bénéfice des patients de l'établissements susceptibles de relever de la réanimation à bref délai, soit en sortie par transfert dans un autre service ou par décès.

[47] A cette difficulté objective s'ajouteraient des problèmes de pratiques. D'une part, l'abondance, la sous-spécialisation au sein même de la discipline, enfin l'éparpillement géographique de l'offre de lits de réanimation en région parisienne, ne favorisent pas l'accueil du patient marginal le cas échéant non désiré, le réanimateur contacté pouvant considérer que le médecin régulateur finira bien par trouver un lit dans l'un des multiples autres services de la discipline. D'autre part, la mise à jour de l'outil informatique en temps réel appellerait une grande discipline et un peu de disponibilité.

[48] Ces arguments ne semblent pas suffisants à la mission pour atténuer le caractère critiquable de la situation observée pour les SAMU 91, 77 et 75 dans la nuit du 27 au 28 décembre 2008. Il importe, dans l'attente d'une éventuelle amélioration de l'outil CAPRI, que des instructions fermes soient données par les autorités de tutelle aux services de réanimation de la région parisienne pour renseigner l'outil en temps réel. Le renseignement sincère de l'outil en temps réel participe à l'assistance à personne en danger.

**Recommandation n°2 :** Diffuser les instructions nécessaires au service sincère et en temps réel de l'outil CAPRI.

#### 3.2.2. **Améliorer la connaissance par les SAMU de la cartographie de l'offre, en particulier des plateaux pluridisciplinaires**

[49] Le cas particulier montre la fragilité de l'information du SAMU 91 sur la cartographie de l'offre, le médecin régulateur ne sachant pas si l'hôpital Bichat-Claude Bernard dispose d'une unité de cardiologie interventionnelle.

[50] Le cas particulier montre qu'il ne suffit pas de connaître les services pris isolément, mais qu'il convient de connaître les sites pluridisciplinaires (ex: cardiologie interventionnelle et réanimation).

**Recommandation n°3 :** Doter les SAMU d'un outil électronique donnant la cartographie de l'offre, y compris des associations de services lorsqu'un plateau pluridisciplinaire doit être mobilisé.

### 3.2.3. Vérifier les conditions d'accès téléphonique des SAMU aux établissements de soins

[51] La méconnaissance par le SAMU 91 des lignes directes des services de réanimation de la Pitié, comme le fait que le standard de cet hôpital sonne libre alors que toutes ses lignes auraient été occupées, constituent deux anomalies qu'il convient de corriger. La question de l'éventuel raccordement des SAMU aux services destinataires des patients qu'ils prennent en charge par une ligne rouge réservée à cet effet pourrait être étudiée.

**Recommandation n°4 :** Doter les SAMU d'un annuaire électronique à jour des services des établissements de soins. Modifier les conditions de réception des appels par le standard de la Pitié. Etudier les conditions dans lesquelles les SAMU pourraient être raccordés aux services hospitaliers par une ligne rouge dédiée.

### 3.2.4. Décloisonner l'organisation des urgences en région parisienne

[52] Dans la région parisienne, en tissu urbain continu, le découpage des SAMU par département conduit à un cloisonnement artificiel et à un manque de proactivité entre SAMU préjudiciables aux malades. L'organisation éclatée par département pourrait être revue dans le sens d'une organisation centralisée au niveau de la région.

**Recommandation n°5 :** Décloisonner l'organisation des urgences en région parisienne en étudiant les conditions de création d'une organisation centralisée au niveau régional.

### 3.2.5. Recentrer sur la médecine l'exercice professionnel des médecins régulateurs des SAMU en les déchargeant des tâches de standardiste

[53] Il convient de rechercher une meilleure affectation du temps des médecins régulateurs en les déchargeant le plus possible des tâches non médicales.

[54] Plusieurs schémas d'organisation peuvent être mis en concurrence.

[55] Suivant une première hypothèse, le médecin régulateur, après avoir engagé le SMUR, n'interviendrait qu'à partir du moment où le médecin hospitalier est en ligne, pour présenter le tableau médical du patient.

[56] Suivant une seconde hypothèse plus éloignée de la pratique actuelle, les fonctions du médecin régulateur pourraient être recentrées sur la décision d'engagement du SMUR. Une fois le SMUR engagé, le médecin régulateur n'interviendrait que par exception, les agents administratifs du SAMU étant chargés de mettre le médecin urgentiste du SMUR primaire en relation directe avec le médecin hospitalier pour favoriser le dialogue direct qui deviendrait la règle.

**Recommandation n°6 :** Réexaminer le périmètre d'intervention du médecin régulateur pour concentrer son intervention sur les questions médicales.

### 3.2.6. Demander aux hôpitaux de protocoliser les conditions d'accueil des patients transportés par SMUR

[7] L'exemple de l'accueil déplorable du SMUR de Corbeil à l'hôpital Lariboisière montre l'absence de consignes sur les conditions d'accueil d'un patient transporté par le SMUR. L'absence de consigne fait que personne ne se sent responsable du bon déroulement des opérations, qu'il s'agisse des soignants ou du personnel administratif.

[58] A cet égard, l'initiative prise par la direction de l'hôpital Lariboisière à la suite de ces événements de réunir un groupe de travail pour améliorer la signalétique et l'information des SMUR sur les accès de l'établissement mériterait d'être complétée par l'élaboration d'un protocole déterminant les responsabilités des soignants et des administratifs pour l'accueil des malades transportés par SMUR.

[59] Un protocole type pourrait être élaboré par la DHOS. Les conditions locales de mise en œuvre du protocole pourrait donner lieu à évaluation dans le cadre de la procédure de certification des établissements par la Haute Autorité de Santé.

**Recommandation n°7 :** Demander aux établissements de soins d'adapter au cas particulier de leur établissement un protocole type d'accueil des patients transportés par le SMUR qui serait élaboré par la DHOS. Intégrer l'évaluation de la mise en œuvre du protocole dans la procédure de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé.

### 3.2.7. Offrir aux ambulanciers des SMUR la formation et les outils nécessaires pour se repérer dans les hôpitaux de jour comme de nuit

[60] Les ambulanciers des SMUR pourraient recevoir une formation pratique sur l'accès aux services des établissements de la région, en particulier pour l'accès de nuit. Les camions seraient équipés d'une carte électronique permettant de guider l'ambulancier y compris à l'intérieur de l'enceinte des hôpitaux.

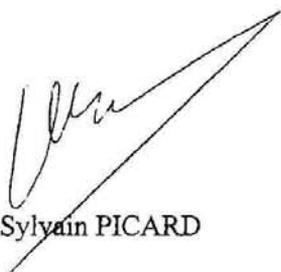
**Recommandation n°8 :** Former les ambulanciers à la connaissance des accès aux services hospitaliers de jour comme de nuit et équiper les camions d'une cartographie électronique permettant de guider l'ambulancier y compris à l'intérieur de l'enceinte des établissements.

### 3.3. *Vérifier l'adéquation de la répartition spatiale de l'offre en région parisienne avec les besoins en réanimation et en cardiologie interventionnelle*

[61] En région parisienne, l'offre des 1504 lits de réanimation est éparpillée sur toute la région entre 77 établissements agréés pour la réanimation. Le cas particulier étudié par la mission montre comment l'éparpillement de l'offre nuit à l'efficacité de la mobilisation en urgence des lits disponibles.

[62] D'autre part, l'expérience montre qu'il ne s'agit pas toujours de trouver un lit de réanimation seulement, mais parfois de trouver un plateau technique avec un lit de réanimation à proximité dans le même établissement, pour y admettre le patient au décours d'un acte technique.

**Recommandation n°9 :** Vérifier que la répartition spatiale des lits de réanimation et des plateaux techniques est optimale en Ile de France.



D. Sylvain PICARD



Daniel POSTEL-VINAY