



Inspection générale
des affaires sociales

Enquête sur les circonstances ayant conduit
au décès d'une jeune patiente suite aux
sollicitations du Samu de Strasbourg
le 29 décembre 2017

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Dr. Anne-Carole BENSADON

Juliette ROGER

Membres de l'IGAS

Avec la participation du Dr Nathalie HAMBOURGER (ARS Grand Est)

- Juin 2018 –
- N°2018-061R -

SOMMAIRE

RAPPORT	5
1 INTRODUCTION.....	5
1.1 Le contexte de la mission et la saisine.....	5
1.2 Le périmètre de la mission.....	5
1.3 La méthode.....	6
1.4 Eléments de description du SAMU-SMUR de Strasbourg en lien avec la mission.....	7
2 L'ENQUETE RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DE MADAME NAOMI MUSENGA ET A L'ACCOMPAGNEMENT DE SA FAMILLE	9
2.1 A deux reprises, lors de son appel au SAMU, Madame Naomi Musenga n'a pas bénéficié d'une prise en charge conforme aux bonnes pratiques	9
2.1.1 Madame Naomi Musenga a tout d'abord appelé le 17 (numéro d'urgence de la police) qui a transféré l'appel au 18 (numéro d'urgence des pompiers), appel ensuite transféré vers le 15	9
2.1.2 Le traitement par le SAMU de deux appels successifs concernant Madame Naomi Musenga n'est pas conforme aux bonnes pratiques et entraîne un retard important dans sa prise en charge	10
2.1.3 A 13h47, un autre ARM reçoit un appel de SOS Médecins pour Madame Naomi Musenga et le transfère au médecin régulateur de l'aide médicale d'urgence, déclenchant l'envoi d'un SMUR qui part à 13h50	16
2.1.4 La prise en charge de Madame Naomi Musenga par le SMUR en lien avec le SAMU permet sa prise en charge directe par le service de réanimation chirurgicale polyvalente du CHU	16
2.1.5 Madame Naomi Musenga est prise en charge dans le service de réanimation chirurgicale polyvalente à 16h46 et décède à 17h30	17
2.2 L'accompagnement de la famille de Madame Naomi Musenga	17
2.2.1 La famille de Madame Naomi Musenga arrive dans le service de réanimation à 18h pour voir leur fille dont ils savent qu'elle a dû être hospitalisée en urgence.....	17
2.2.2 Les conditions d'accompagnement de la famille pendant la veille du corps ont été conformes aux procédures.....	18
2.2.3 Le praticien hospitalier du service de réanimation a échangé avec la famille sur les causes du décès de leur fille et décidé, en accord avec la famille, de faire réaliser une autopsie.....	19
2.2.4 Une transmission du dossier médical dépassant les délais réglementaires, incomplète et non accompagnée s'agissant des appels enregistrés par le SAMU	20
2.3 La recherche des causes du décès.....	23
2.3.1 Le dossier de Madame Naomi Musenga a fait l'objet d'un échange entre les praticiens du service de réanimation.....	23
2.3.2 L'autopsie a été réalisée dans des délais compatibles avec la recherche d'un diagnostic	23

2.4	Le décès de Madame Naomi Musenga n’a pas donné lieu à la déclaration d’un évènement indésirable grave à l’Agence régionale de santé, et les suites immédiates n’ont pas été proportionnées à la gravité de la situation.....	24
3	AU-DELA DU CAS DE MADAME NAOMI MUSENGA, LA MISSION A MIS EN EVIDENCE DE GRAVES DYSFONCTIONNEMENTS, MAIS EGALEMENT DES PRATIQUES POSITIVES PORTEUSES D’UN POTENTIEL D’AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE.....	26
3.1	Le SAMU 67 présente des dysfonctionnements, dont certains, majeurs, ont fait l’objet d’actions correctrices avant la remise de ce rapport	26
3.1.1	Des procédures et des modes de fonctionnement qui autorisaient, dans certains cas, une absence de transmission d’un appel médical au médecin régulateur.....	27
3.1.2	Une pluralité de modes de recueil des évènements indésirables qui rend difficile d’avoir une vision d’ensemble sur les situations « à risque »	31
3.1.3	Plusieurs cas de prises en charge inadaptées relevés dans le cadre d’une écoute d’enregistrement de régulation du SAMU d’une durée d’une heure	31
3.2	Les démarches d’amélioration de la qualité ont été renforcées depuis 2015 sans cibler spécifiquement les procédures et les appels à risques.....	32
3.2.1	L’organisation de la régulation des appels a été approfondie dès 2006 en lien avec la MEAH33	
3.2.2	La qualité de la régulation des appels est une préoccupation plus récente.....	33
3.2.3	Cette préoccupation a été progressivement prise en compte dans les organisations de travail	35
3.2.4	Toutefois, le contrôle interne ne prend pas encore suffisamment en compte les risques liés à l’absence de régulation médicale.....	36
3.3	Les données du SAMU concernant les admissions directes dans le cadre de filières rapides et des arrêts cardiaques méritent d’être prises en compte	38
	CONCLUSION.....	40
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	41
	LETTRE DE MISSION	43
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	45
	ANNEXE 1 : EFFECTIFS-CIBLES PAR ACTIVITE ET PAR TRANCHE HORAIRE.....	47
	ANNEXE 2 : RAPPEL DES DIFFERENTES FONCTIONS AU SEIN DU CENTRE DE REGULATION.....	49
	ANNEXE 3 : ANALYSE DES INDICATEURS D’ACTIVITE	51
	ANNEXE 4 : REPARTITION DES APPELS REÇUS PAR MOTIF	53
	REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DES HOPITAUX UNVERSITAIRES DE STRASBOURG.....	55
	OBSERVATIONS DE LA MISSION	59
	SIGLES UTILISES.....	61

RAPPORT

1 INTRODUCTION

1.1 Le contexte de la mission et la saisine

[1] Par lettre du 9 mai 2018, la Ministre des solidarités et de la santé a chargé l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'enquête sur les circonstances ayant conduit au décès d'une jeune femme le 29 décembre 2017.

[2] Par ordre de mission du même jour, le Dr Anne-Carole Bensadon et Juliette Roger, membres de l'IGAS, ont été désignées pour mener à bien cette mission. A la demande de l'IGAS, le Dr Nathalie Hamburger, médecin à l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, a apporté son appui à la mission pour les questions relevant du secret médical, ce qui a permis de réaliser des entretiens comportant deux personnes quand de tels points étaient abordés et d'étudier dans cette configuration les éléments couverts par le secret médical¹.

[3] La lettre de mission assigne, sans exclusivité, deux objectifs à la mission :

- analyser l'organisation de la régulation de l'appel de Madame Naomi Musenga au SAMU afin de déterminer si les procédures internes ont été respectées. Plus généralement, il était demandé à la mission d'examiner les procédures mises en place au sein du SAMU afin de faire respecter les bonnes pratiques en matière de régulation des appels ;
- analyser les délais dans le signalement de cet événement, tout événement en lien avec le soin aboutissant à un décès non expliqué ou une perte de chance devant faire l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence régionale de santé (ARS).

[4] La lettre de mission précise également qu'il est attendu de la mission qu'elle formule des recommandations d'amélioration qui, au-delà du cas particulier du SAMU de Strasbourg, pourront être généralisables.

1.2 Le périmètre de la mission

[5] Les travaux de la mission ont été scindés en deux temps. Le présent rapport traite exclusivement des circonstances du décès de Madame Naomi Musenga, des modalités de signalement et des procédures mises en place au sein du SAMU de Strasbourg en matière de régulation des appels. Un deuxième rapport portera sur les recommandations qui, au-delà du cas d'espèce, pourraient être généralisables.

[6] A ce stade de ses investigations, la mission s'est attachée à retracer le parcours de prise en charge de la patiente et en particulier :

- les appels de la patiente visant à signaler une situation d'urgence et le traitement de ces appels ;

¹ Dans ce rapport, le terme « la mission » renvoie à cette configuration dès lors qu'il s'agit d'auditions ou de documents relevant du secret médical.

- les modalités de prise en charge de la patiente dans les différents services des Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

[7] De façon plus générale, la mission a examiné les procédures qualité mises en place au SAMU, en particulier celles visant à faire respecter les bonnes pratiques en matière de régulation des appels.

[8] La mission a également inclus dans le champ de ses investigations :

- les modalités d'information et d'accompagnement de la famille par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ;
- les conditions de conservation du corps de la patiente jusqu'à la réalisation de l'autopsie.

[9] Les éléments de chronologie et les éléments médicaux transmis au médecin de la mission, et notamment le rapport d'autopsie, ont contribué à donner un éclairage sur la question de la perte de chance. La mission s'est attachée à prévenir toute interférence avec l'enquête préliminaire ouverte pour non-assistance à personne en péril.

[10] La mission a également traité des modalités de signalement de cet événement au sein des Hôpitaux universitaires de Strasbourg et auprès de l'Agence régionale de santé. Elle a tenté d'appréhender au travers du décès de Madame Naomi Musenga, les modalités de transmission d'informations entre le SMUR, le SAMU et le service de réanimation chirurgicale polyvalente du Nouvel Hôpital Civil (NHC).

1.3 La méthode

[11] La mission a conduit à cet effet une quarantaine d'entretiens. Elle a notamment auditionné la famille de Madame Naomi Musenga, le directeur général des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, le président de la Commission médicale d'établissement (CME), le responsable de service du SAMU², l'assistante de régulation médicale (ARM) qui a traité l'appel de la patiente et les médecins régulateurs présents le jour de l'appel, et le médecin de SOS Médecins qui a appelé le SAMU de Strasbourg le 29 décembre 2017 après avoir constaté l'état de Madame Naomi Musenga. Elle s'est également entretenue avec les personnels qui ont contribué à sa prise en charge dans les services concernés du CHU, en particulier le SMUR et les services d'anesthésie-réanimation.

[12] Elle s'est également appuyée sur le dossier médical et sur le rapport d'autopsie ainsi que sur les enregistrements des appels au SAMU relatifs à Madame Naomi Musenga. La patiente ayant appelé préalablement au SAMU le 17 et le 18, la mission a demandé la transmission des enregistrements sans correspondants à la Direction départementale de la sécurité publique (DDSP) du Bas-Rhin et à la Direction générale de la sécurité civile.

[13] La mission a auditionné des personnels du SAMU, en vue de mieux cerner le fonctionnement du service, les procédures existantes et leurs modalités d'application. Elle a rencontré les personnels d'anatomo-pathologie ayant participé à la réalisation de l'autopsie et le chef de service. Elle s'est entretenue avec la directrice de la qualité du CHU, la médecin chef du service de santé au travail du personnel hospitalier et la présidente de la commission des usagers.

² La personne désignée comme chef de « service » du SAMU est en fait chef de l'unité fonctionnelle SAMU. La mission emploiera le terme de « service », terminologie qui reste celle employée par la plupart des personnels hospitaliers et les patients.

La directrice générale déléguée Est de l'Agence régionale de santé, en charge de la délégation territoriale d'Alsace, a également été auditionnée, ainsi que la déléguée territoriale du Bas-Rhin.

[14] Une enquête administrative a été réalisée, dans un temps très court, par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg du 2 au 13 mai 2018, date de début des investigations sur place menées par l'IGAS. La mission a pris connaissance de cette enquête.

[15] La mission de l'IGAS s'est appuyée, pour conduire ses analyses, sur ces entretiens et sur les entretiens et/ou travaux de la Haute autorité de santé, de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et de la Société française de pathologie (SFP). Elle a examiné les procédures et recommandations existant au centre de régulation du SAMU, les fiches de poste, les plannings ainsi que le curriculum vitae des assistants de régulation médicale et les formations dont ils ont bénéficié. Elle s'est penchée sur les modalités mises en place en lien avec la direction de la qualité pour sensibiliser à la déclaration des événements indésirables. Le dernier rapport de certification des Hôpitaux universitaires de Strasbourg par la Haute autorité de santé a également été pris en compte³.

[16] Les plaintes reçues par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg dans les six derniers mois ont été recensées ainsi que les événements indésirables graves déclarés à l'Agence régionale de santé par l'établissement en lien avec le fonctionnement de la régulation médicale. La mission n'a toutefois pas investigué ces événements indésirables graves qui sont en cours de traitement par l'Agence régionale de santé Grand Est.

[17] La mission a enfin réalisé une écoute *a posteriori* d'appels et de réponses du SAMU afin notamment de mieux cerner la nature des cas pour lesquels une régulation médicale n'a pas été sollicitée.

[18] La mission a exploité les documents dont elle a pu disposer en temps utile. Elle n'a pas pu vérifier, dans le temps imparti de quatre semaines, l'exhaustivité des documents transmis.

1.4 Eléments de description du SAMU-SMUR de Strasbourg en lien avec la mission

[19] Comme le rappelle le projet d'établissement, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont fait le choix initial d'un nombre de pôles médicaux et médico-techniques relativement élevé, avec 22 pôles cliniques et médico-techniques. Les services d'anesthésie, de réanimation chirurgicale et le SAMU-SMUR sont regroupés au sein d'un même pôle.

[20] Le SAMU-SMUR se trouve intégré aux réflexions institutionnelles des Hôpitaux universitaires de Strasbourg à plusieurs titres :

- Le projet d'établissement évoque le rapprochement entre les pôles de réanimation médicale/urgences et d'anesthésie-réanimation chirurgicale/SAMU-SMUR, impliqués ensemble dans l'amélioration du fonctionnement des urgences.

La construction d'une filière unifiée des urgences pré- et post-hospitalières est identifiée comme un projet prioritaire, devant à terme déboucher sur le développement des participations croisées et notamment l'intervention des médecins issus des services de réanimation dans le champ de la régulation médicale.

³ Ces travaux incluent l'analyse de la démarche globale de gestion de la qualité et des risques mise en place par l'établissement, Ils ne portent pas spécifiquement sur les procédures mises en place au sein du service du SAMU-SMUR.

- Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) mentionne, parmi ses axes stratégiques, le renforcement de la coordination SAMU/SDIS en matière de traitements des appels, et l'amélioration de la coordination entre les SMUR relevant du GHT.

[21] L'effectif du SAMU-SMUR se compose de :

- 34,30 ETP d'assistants de régulation médicale encadrés par un cadre de santé de proximité, dont les activités se répartissent entre la gestion des appels, la gestion des moyens et les prises de bilans (*cf. présentation détaillée de ces différentes fonctions en Annexe 2*) ;
- 30,5 ETP de médecins autorisés dont 23,5 ETP effectivement présents⁴, auxquels il convient d'ajouter 1,8 ETP d'urgentistes affectés à 20 % au SAMU et 3,5 ETP d'anesthésistes apportant ponctuellement une aide au SAMU pour des gardes. Sur les 30,5 ETP propres au SAMU-SMUR, 10,6 ETP sont affectés au SAMU. L'ensemble des effectifs médicaux alternent entre les activités de régulation et le SMUR.
- 30 ETP infirmiers (IDE/IADE) dont 27 ETP dédiés à l'équipe SMUR et 3 dédiés à la prise de bilan sur la plateforme de régulation.

[22] *Cf. répartition détaillée des effectifs par activité et par tranche horaire en Annexe 1.*

[23] Les personnels non médicaux du service sont sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé, chargé, au sein du pôle d'anesthésie-réanimation et SAMU-SMUR, de deux unités de réanimations chirurgicales du Nouvel Hôpital Civil (12 et 17 lits) et du SAMU-SMUR.

[24] L'activité moyenne du service est de 600 dossiers de régulation ouverts par 24h (pour au moins deux fois plus d'appels reçus) et de 221 000 dossiers de régulation ouverts par an⁵. Le service a connu une relative stabilité de son activité depuis 2015 pour les appels décrochés liés à l'activité 15-112 et à la ligne de permanence des soins ambulatoires (PDSA), mais une augmentation de l'ordre de 5 % des dossiers de régulation et des dossiers de régulation médicale ouverts⁶, qui traduit le rôle central du SAMU-Centre 15 dans la prise en charge.

Tableau 1 : Evolution de l'activité sur la période 2015-2017

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2015- 2017
Appels décrochés liés à l'activité 15-112	431 137	408 805	403 927	409 597	0,19 %
Appels décrochés liés à l'activité PDSA	38 514	38 601	40 499	38 131	-1,22 %
Dossiers de régulation (total)	200 307	209 803	218 435	221 390	5,52 %
Dossier de régulation médicale (total)	160 008	163 101	163 830	171 338	5,05 %

Source : *Retraitement données SAMU 67*

⁴ Le différentiel de 7 ETP se décompose ainsi : 5,5 ETP vacants (dont 4 validés début janvier suite à la mise en place du référentiel de temps de travail des urgentistes, mais encore vacants car les recrutements médicaux se font à partir de novembre) et 1,5 ETP absents en raison de mi-temps thérapeutique et congé longue durée.

⁵ Données 2017. Les dossiers de régulation correspondent aux appels qui bénéficient d'un traitement au moins par un assistant de régulation médicale.

⁶ Les dossiers de régulation médicale correspondent à tous les dossiers portés à la connaissance d'un médecin régulateur à un moment donné de leur traitement par un régulateur Centre 15 ou PDSA.

2 L'ENQUETE RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DE MADAME NAOMI MUSENGA ET A L'ACCOMPAGNEMENT DE SA FAMILLE

[25] La mission a retracé le parcours des appels d'urgence et de la prise en charge de Madame Naomi Musenga le vendredi 29 décembre. Les éléments qui relèvent du secret médical font l'objet d'une annexe spécifique et confidentielle.

2.1 A deux reprises, lors de son appel au SAMU, Madame Naomi Musenga n'a pas bénéficié d'une prise en charge conforme aux bonnes pratiques

2.1.1 Madame Naomi Musenga a tout d'abord appelé le 17 (numéro d'urgence de la police) qui a transféré l'appel au 18 (numéro d'urgence des pompiers), appel ensuite transféré vers le 15

[26] Madame Naomi Musenga a tout d'abord appelé le numéro d'urgence de la police, le 17. Compte tenu du temps de conservation de ce type d'enregistrement, la mission n'a pu accéder à cet échange. L'enregistrement transmis par la Direction départementale de la sécurité civile comporte toutefois l'échange entre l'opérateur de la police et l'opératrice du Centre de traitement des alertes des sapeurs-pompiers (CTA).

[27] A 11h25, l'opérateur de la police dit qu'il transfère un appel « *d'une dame qui se sent visiblement très mal* », indique le nom de l'appelante, son adresse et son numéro de téléphone.

[28] L'échange entre l'opératrice des sapeurs-pompiers et Madame Naomi Musenga montre que cette dernière gémit et parle avec difficulté. L'opératrice lui fait répéter l'adresse, lui demande l'étage, son nom, lui demande de parler plus fort, insistant sur la perte de temps « *incroyable* ». Elle lui demande également son âge. On peut qualifier d'assez rude le ton de l'opératrice. Madame Naomi Musenga explique qu'elle a terriblement mal et quand l'opératrice lui demande où elle a mal, elle dit qu'elle va mourir. L'opératrice lui dit qu'elle ne va pas mourir et lui fait préciser le siège des douleurs. L'appelante précise qu'elle a mal au ventre, l'opératrice demande si cela lui est déjà arrivé, à quoi l'appelante répond : « *jamais* ». Elle approfondit ensuite l'interrogatoire dont elle tire deux éléments cliniques. L'opératrice l'informe qu'elle va lui passer le Centre de réception et de régulation et appels (CRRA) du SAMU de Strasbourg, lui disant que cet appel ne relève pas des pompiers. Cet échange aura duré 2 minutes et 20 secondes. Pendant le temps d'attente, on entend l'opératrice des pompiers dire « *elle a appelé la police* ».

[29] La description de l'échange entre le CTA et le SAMU 67 figure dans le paragraphe suivant. Ce choix de positionnement s'explique par le fait que la présentation du cas par l'opératrice CTA à l'assistante de régulation médicale (ARM) n'est pas neutre.

2.1.2 Le traitement par le SAMU de deux appels successifs concernant Madame Naomi Musenga n'est pas conforme aux bonnes pratiques et entraîne un retard important dans sa prise en charge

[30] Le matin du 29 décembre, le Centre de réception et de régulation et appels du SAMU de Strasbourg a reçu trois appels successifs concernant Madame Naomi Musenga : l'un à 11h28, le suivant à 12h32 et le dernier à 13h47. Les contenus détaillés de ces appels figurent dans l'annexe médicale.

2.1.2.1 La prise en charge de l'appel de 11h28 par l'assistance de régulation médicale du SAMU ne respecte pas, à plusieurs égards, les recommandations de bonnes pratiques⁷

[31] L'échange entre l'opératrice du CTA et l'ARM débute par un échange personnel. Il s'agit d'un questionnement de l'ARM qui demande à l'opératrice si elle a appelé un médecin. L'ARM a expliqué à la mission qu'elle avait déjà eu l'opératrice en ligne auparavant, ce qui expliquait sa question. Puis l'opératrice du CTA aborde le motif de son appel et dit « *la dame que j'ai au bout du fil, c'est ce qu'il faut lui conseiller de faire en plus* ». Elle précise que la personne a appelé la police et explique qu'elle a dit qu'elle allait mourir. Elle répète peu de temps après « *ça s'entend, elle va mourir* » puis donne le nom, le numéro et l'adresse, précise qu'elle a 22 ans, des douleurs au ventre, qu'elle a ses règles mais qu'apparemment ce n'est pas cela et qu'elle a de la fièvre. Elle rajoute « *et elle va mourir* », ce à quoi l'opératrice du SAMU répond « *ah c'est sûr qu'elle va mourir un jour* ». Cet échange se fait sur un ton que l'on peut qualifier de moqueur.

[32] L'enregistrement du SAMU montre que la patiente, avec une voix très affaiblie, entrecoupée de gémissements, explique qu'elle a de très fortes douleurs au ventre.

[33] En dehors des demandes portant sur le nom et l'adresse de l'appelante, seules deux questions sont posées.

[34] Face aux demandes d'aide réitérés de Madame Naomi Musenga (« *aidez-moi, madame, aidez-moi* »), la première question posée sera trois fois la même : « *qu'est-ce qui se passe ?* », accompagnée la troisième fois d'une menace de raccrocher le combiné.

[35] L'autre question vise à savoir si Madame Naomi Musenga peut appeler un médecin. Celle-ci répond qu'elle ne peut pas, ce à quoi l'ARM rétorque sur un ton ironique « *Vous ne pouvez pas ? Vous pouvez appeler les pompiers mais vous ne pouvez pas...* » avant d'être interrompue par l'appelante qui dit « *je vais mourir* ».

⁷ Le contenu de l'enregistrement est étudié dans cette annexe alors qu'il relève du secret médical car il a été diffusé, avec l'accord de la famille, dans les médias.

➤ **Le ton employé en réponse à l'appel et les propos tenus sont particulièrement choquants**

[36] Le Référentiel métier Assistant de régulation médicale de la Société française de médecine d'urgence (SFMU)⁸ rappelle que les SAMU-Centre 15 sont directement concernés par les engagements du référentiel Marianne⁹ appliqués aux établissements publics de santé, dont plusieurs s'appliquent au sein des SAMU-Centre 15, notamment les engagements 5 et 6 : « *Accueil adapté et courtois des personnes en difficulté* ».

[37] Le référentiel souligne ainsi : « *L'ARM doit adopter une attitude physique de disponibilité, exclure des idées préconçues et toute interprétation, rester neutre et bienveillant à chaque appel* ».

[38] L'écoute de appel enregistré montre que l'on se situe au-delà de l'absence de courtoisie ou de bienveillance. Le ton employé pose d'autant plus question qu'il s'adresse à une personne qui exprime une grande souffrance, allant même jusqu'à évoquer sa mort prochaine du fait de son état.

➤ **Les questions posées ne sont pas adaptées à la situation**

[39] Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale¹⁰ concernent tout appel de soins non programmés ou d'aide médicale urgente pour un patient se situant sur le territoire français et adressé à un centre de régulation médicale.

[40] Elles précisent notamment que l'ARM se présente à l'appelant et que lors de la réception initiale d'un appel, l'ARM procède de façon méthodique :

- note ou valide systématiquement le maximum de coordonnées : numéro de téléphone de l'appelant, coordonnées précises du lieu d'intervention, coordonnées du médecin traitant...
- prend connaissance du motif de l'appel, des attentes et des circonstances, écoute avec attention l'appelant, pose des questions ouvertes en utilisant un vocabulaire adapté à l'appelant ;
- note les caractéristiques du patient : âge, sexe, poids (en particulier chez l'enfant).

[41] Le référentiel de la SFMU précise également : « *Un accueil téléphonique de qualité contribue à mettre en place une véritable relation patient à distance et facilite la régulation médicale. L'écoute active, le questionnement adapté avec des questions ouvertes ou fermées, la reformulation avec les propres termes de l'appelant, l'empathie, l'assertivité, l'usage de vocabulaire adapté (mots forts) sans jugement de valeurs sont des savoir-faire et des savoir-être incontournables pour une conduite efficace de l'entretien téléphonique* ».

[42] Interrogée par la mission, l'ARM explique s'être laissée influencer par la transmission réalisée par l'opératrice du CTA qui lui a d'emblée dit qu'il fallait que l'appelante contacte un médecin. La mission souligne que l'opératrice CTA a fourni à l'ARM deux éléments cliniques issus de son échange avec l'appelante, montrant une situation qui nécessitait de transmettre à un

⁸ Référentiel métier Assistant de régulation médicale, Société française de médecine d'urgence en collaboration avec l'association nationale des CESU, SAMU Urgences de France, l'Union nationale des Assistants de régulation médicale, juin 2016

⁹ Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/fichiers-attaches/referentiel_marianne_vf_juin_2013.pdf

¹⁰ Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Haute autorité de santé, mars 2011

médecin régulateur. Elle n'écoute pas les appels à l'aide répétés et entrecoupés de gémissements, les mentions réitérées de souffrance physique. Elle pose moins de questions sur l'état clinique de la patiente que l'opératrice du CTA. Elle ne change pas de décision sur la manière de réagir pendant tout cet appel.

➤ **L'appel n'a pas été transmis au médecin régulateur du SAMU**

- Les recommandations et référentiels nationaux sur la réception des appels au SAMU soulignent la nécessité de transmettre tout appel à caractère médical à un médecin régulateur

[43] Ainsi que le rappelle la HAS dans les recommandations précitées, la régulation médicale assure une écoute et une réponse permanentes dans un centre d'appels dédié aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmées. Elle a pour but de déterminer et de déclencher, dans les meilleurs délais, la réponse médicale adaptée à chaque situation. Selon l'article L. 6311-1 du code de la santé publique, « *l'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.* » Cette mission est assurée par un établissement de santé et les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence, d'assurer une écoute médicale permanente, de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée.

[44] Le médecin régulateur (MR) peut ne pas prendre l'appelant personnellement en ligne, mais la décision mise en œuvre par l'assistant de régulation médicale est soumise à la validation du médecin. La HAS souligne que la régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. Cet acte médical est une décision médicale, qui implique la responsabilité individuelle du médecin. Sa finalité est d'apporter au patient le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance.

[45] Dans les situations d'urgence engageant le pronostic vital, l'ARM a la possibilité de mettre en œuvre, sur protocole, une « action réflexe » avec engagement immédiat de moyens lourds, sans validation préalable par le médecin régulateur qui en sera immédiatement tenu informé. Dans toutes les autres situations, un appel à caractère médical reçu par un ARM doit être traité par un médecin régulateur.

[46] Le référentiel précité de la SFMU précise que l'ARM qualifie le niveau d'urgence et assure la priorisation et le transfert des appels vers le médecin régulateur en distinguant trois niveaux de priorité :

- *P0 : Urgence vitale, déclenchement SMUR réflexe puis régulation médicale prioritaire ;*
- *P1 : Régulation médicale immédiate, SMUR à la décision du MR Urgentiste ;*
- *P2 : Régulation médicale différée, qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations médicales étant en cours.*

[47] Dans le cas de Madame Naomi Musenga, l'appel n'a pas été transmis à un médecin régulateur, alors que le caractère médical de l'appel apparaît peu discutable.

- Les procédures internes au SAMU 67 comportent des dispositions spécifiques mentionnant la nécessité de transmettre un appel pour douleur abdominale au médecin régulateur de l'Aide médicale urgente

[48] Au SAMU 67, une procédure spécifique mentionne, depuis juin 2014, les douleurs abdominales parmi les signes d'urgence vitale potentielle devant ouvrir à une régulation immédiate, c'est-à-dire à un transfert sans délai de l'appel au médecin régulateur.

[49] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont décrit le contexte de mise en place de cette nouvelle procédure : le décès, en 2009, d'une patiente qui avait appelé pour une douleur abdominale le SAMU et à qui il avait été proposé de contacter directement le numéro de la permanence des soins.

[50] Antérieurement, une procédure datant de 2002 listait la douleur abdominale de l'adulte jeune parmi les pathologies bénignes ne nécessitant pas de régulation systématique.

[51] Le contenu de cette procédure a été progressivement renforcé :

- la note établie sur ce sujet précise que tout appel doit être « *rapidement régulé* », soit par la régulation hospitalière (Aide médicale urgente) soit par la régulation libérale (Permanence des soins), « *orientation effectuée par l'ARM selon la perception ou non d'une atteinte des trois fonctions vitales* » ;
- la procédure générale de régulation, établie en 2015, à l'usage des ARM, infirmiers de prise de bilan et médecins apporte un degré de sécurité supplémentaire en mentionnant les douleurs abdominales parmi les signes d'urgence vitale potentielle devant conduire à une régulation immédiate, c'est-à-dire à un transfert sans délai de l'appel au médecin régulateur de l'Aide médicale urgente.

[52] En l'espèce, cette procédure interne n'a pas été respectée.

- Même si l'appel n'avait pas concerné une douleur abdominale, la procédure du SAMU 67 prévoyait que l'appel fût réalisé pour le compte de l'appelant s'il présentait des signes de fragilité

[53] Madame Naomi Musenga présente clairement des signes de fragilité : voix affaiblie et gémissements. En outre, elle dit explicitement qu'elle ne peut pas appeler un médecin.

- **En conséquence, l'appel n'a pas été traité administrativement par l'ARM comme un appel à caractère médical**

[54] Le Référentiel métier Assistant de régulation médicale de la Société française de médecine d'urgence (SFMU)¹¹ précise que « *pour chaque appel, l'ARM crée un dossier. Le plus souvent, l'appel revêt un caractère sanitaire, il s'agit alors d'un dossier de régulation (DR) qui devient un dossier de régulation médicale (DRM) lorsqu'il est pris en charge par un médecin régulateur* ».

¹¹ Référentiel métier Assistant de régulation médicale, Société française de médecine d'urgence, en collaboration avec l'association nationale des CESU, SAMU Urgences de France, l'Union nationale des Assistants de régulation médicale, juin 2016. Le référentiel Samu centre 15 précise de la même manière que « *Tout appel reçu par le Samu Centre 15 fait l'objet de l'ouverture d'un dossier de régulation (DR) dès lors qu'il est en rapport avec un problème médical, médico-social ou sanitaire et qu'il n'a pas déjà été créé durant les 24 dernières heures* ».

[55] Une procédure spécifique du SAMU 67, datant du 1^{er} mai 2017, porte sur la prise d'appel. Elle récapitule la procédure à suivre par l'ARM lors de la création d'un dossier informatique et reprend l'ensemble des rubriques qu'il doit remplir, que ce soit immédiatement ou à distance de la prise d'appel. Elle précise que pour clôturer un dossier, il faut que l'item « devenir » ait été renseigné¹².

[56] En l'espèce, le dossier ouvert comporte le nom, l'âge de la patiente, la provenance de l'appel -en l'occurrence le centre de traitement des appels des pompiers-, le lieu (potentiel) d'intervention et le numéro de téléphone de la personne. Il ne comporte en revanche aucun motif d'appel et la rubrique « interrogatoire de l'appel » n'est pas renseignée.

[57] Par ailleurs, ce premier appel a été codifié sous le terme de « renseignement », ce qui permet à l'ARM de clôturer le dossier et correspond formellement à la procédure mais nullement au contenu de l'appel puisqu'il s'agit bien d'un appel à caractère médical.

[58] L'analyse ultérieure de la mission montre que cette pratique n'est pas isolée au sein du SAMU : dans la mesure où une procédure interne autorisait les ARM à répondre à des appels médicaux sans transfert à un médecin régulateur, la seule possibilité de clôture d'un dossier d'appel pour raison médicale était de choisir un item autre que ceux correspondant à une régulation médicale, d'où le choix de l'item « renseignement ». L'ensemble des appels aboutissant à une préconisation faite à l'appelant d'appeler son médecin traitant, un médecin généraliste ou encore SOS Médecins sont codifiés de la sorte.

2.1.2.2 La mission relève l'existence d'un deuxième appel à caractère médical passé à 12h32 et reçu par la même ARM, dont le traitement s'écarte à nouveau des procédures

[59] La mission a demandé au responsable de service du SAMU l'ensemble des appels enregistrés concernant Madame Naomi Musenga. Ce pluriel était lié au fait que la famille, dans le courrier de demande d'accès au dossier médical, mentionnait un autre appel la veille, dont l'existence n'a pas été confirmée. En revanche, les appels enregistrés transmis par le responsable de service du SAMU incluent, entre autres éléments demandés par la mission, trois enregistrements relatifs à Madame Naomi Musenga en date du 29 décembre. Outre l'appel reçu à 11h30, un autre appel reçu à 12h32 concerne Madame Naomi Musenga.

[60] Il s'agit d'un appel à caractère médical. Le contenu détaillé et l'analyse de cet appel figurent dans l'annexe médicale. La durée de l'appel est de 1 minute 29 secondes.

[61] Cet appel a été décroché au bout de 33 secondes par la même ARM.

[62] L'appelant n'est pas Madame Naomi Musenga mais un proche qui ne mentionne pas l'appel antérieur et appelle d'un autre téléphone que celui avec lequel avait appelé Madame Naomi Musenga. Dans ces conditions, le seul élément qui aurait permis de faire un rapprochement entre les deux appels était le tableau clinique, ce qui apparaît improbable compte tenu du nombre d'appels reçus. Le fait que l'ARM demande de quelle ville émane l'appel laisse penser qu'elle ne se

¹² Le logiciel Centaure utilisé par le SAMU 67 comporte un onglet « devenir » qui permet de préciser le devenir de l'appel. La procédure du SAMU 67 précise que la codification est « PUB » si le dossier est traité en régulation C15, « PDS » ou « DEP » si le dossier est traité en régulation de médecine libérale. La fiche précise que la saisie d'une codification autre est possible en fonction de la demande. La fiche ne précise pas quelles sont les autres codifications possibles. Elles ont été présentées à la mission lors de son enquête. Parmi les autres codifications possibles figure la rubrique « renseignement ».

rend pas compte que cet appel concerne une personne déjà entendue. Ce point a été confirmé par l'ARM lors de son entretien avec la mission.

[63] Elle ne demande ni le nom de l'appelant, ni celui de la personne pour qui le SAMU est sollicité, ni l'adresse.

[64] De manière similaire au premier appel, l'analyse de situation réalisée par l'ARM ne se traduit pas par le transfert de l'appel à un médecin régulateur mais par un renvoi de l'appelant vers un médecin ou SOS Médecins. En revanche, contrairement au premier appel, le ton montre une certaine empathie avec l'appelant. L'ARM communique un premier numéro de SOS (3624) puis un deuxième (celui qui débute par 03) quand l'appelant explique qu'elle a du mal à les joindre. L'appelant précise que c'est bien ce numéro qu'elle a fait. L'ARM conseille à nouveau de joindre SOS Médecins ou un médecin et précise sur un ton plutôt désolé : « *je n'ai pas d'autre solution pour vous* ».

[65] Dans la mesure où l'appel a bien été reçu au SAMU, un dossier informatique est ouvert automatiquement. Il ne comporte ni le nom de l'appelant, ni le nom de la personne concernée, ni son adresse, aucun élément sur l'état de la personne concernée, ce qui contrevient à nouveau à l'ensemble des procédures relatives à l'instruction et au traitement de l'appel et rend impossible toute recherche informatique automatisée pour retrouver cet appel.

2.1.2.3 L'analyse des plannings montre un contexte de forte activité mais des conditions normales d'organisation du service

[66] L'analyse des plannings mensuels et des flux d'appels entrants au cours de la matinée du 29 décembre montre un contexte de forte activité mais des conditions normales d'organisation du service :

- L'assistante de régulation médicale qui a pris l'appel se trouvait à son deuxième jour consécutif de travail (plages de jour de 7h30 à 19h30 les jeudi 28 et vendredi 29 décembre), et à son troisième jour de travail dans la semaine (plage de jour effectuée de 7h30 à 19h30 le mardi 26 décembre). L'assistante de régulation avait travaillé sur huit plages à l'échelle du mois de décembre avec une période de congés du 9 au 19 décembre, ce qui correspond à un cycle de travail habituel à l'échelle des plannings analysés par la mission sur l'année 2017 ;
- S'agissant des effectifs présents sur la plateforme de régulation le 29 décembre, le service fonctionnait selon la procédure dite « dégradée » en raison de deux absences d'assistants de régulation médicale, mais avec un effectif-cible au décroché conforme aux conditions habituelles (soit trois assistants de régulation médicale au décroché, l'un des ARM superviseurs intervenant en remplacement d'un absent, conformément aux procédures de mobilisation des agents non postés). Les effectifs-cibles médicaux, à savoir deux médecins prévus en journée, étaient également présents *Le tableau des effectifs-cibles est présenté en Annexe 1.*
- S'agissant du nombre d'appels entrants ce jour-là, ils se situent légèrement en deçà de la moyenne des appels réceptionnés sur le mois (1644 contre 1882 appels en moyenne sur le mois), au sortir d'une période très dense (avec une activité une fois et demi plus élevée que la moyenne mensuelle du 23 au 26 décembre, activité elle-même de 15 % plus élevée que l'activité moyenne du mois de janvier et 20 % plus élevée qu'au mois de novembre).

[67] La mission a bien pris en compte les éléments d'évaluation de l'ARM qui la décrivent comme une professionnelle sérieuse et constante dans son action. Lors de sa dernière évaluation, elle avait exprimé une certaine lassitude sur sa fonction et s'interrogeait quant à une réorientation.

Sa hiérarchie lui avait indiqué qu'elle serait soutenue dans sa démarche. L'ARM n'avait toutefois pas mentionné de caractère d'urgence lorsqu'elle a formulé cette demande.

Compte tenu des faits décrits, la mission considère, au vu de ce qui précède, que l'ARM devait être suspendue, ce qui a été fait par la direction de l'établissement dès qu'elle a eu connaissance de ces faits.

2.1.3 A 13h47, un autre ARM reçoit un appel de SOS Médecins pour Madame Naomi Musenga et le transfère au médecin régulateur de l'aide médicale d'urgence, déclenchant l'envoi d'un SMUR qui part à 13h50

[68] SOS Médecins enregistre une demande d'appel pour Madame Naomi Musenga à 12h41 et transfère la demande de visite à 13h24 à l'un des médecins disponibles. Le médecin de SOS est sur place à 13h33 et après examen appelle le SAMU à 13h47.

[69] Un ARM prend l'appel du médecin de SOS au bout de 1 minute et 22 secondes. Ce dernier précise le motif de son appel et mentionne un premier appel de la patiente au SAMU le matin ; l'appel est transféré au médecin régulateur qui répond moins d'une minute après.

[70] L'échange entre le médecin de SOS et le médecin régulateur conduit à l'envoi d'un SMUR, en l'espèce un Véhicule léger médicalisé (VLM), qui part à 13h50. Cet échange étant centré sur l'état de Madame Naomi Musenga et sur la conduite à tenir, le fait que celle-ci ait appelé précédemment le SAMU n'est pas révoqué. L'équipage du VLM envoyé se compose d'un médecin, d'un infirmier diplômé d'Etat et d'un ambulancier. Le SMUR arrive à 13h58 au domicile de Madame Musenga.

[71] Dans le même temps, une ambulance privée est demandée à 13h55 pour un transfert vers le lieu de prise en charge qui sera décidé à l'issue de la décision médicale concernant la patiente.

[72] Les échanges qui suivent se font ensuite entre le SMUR et le SAMU par radio et ne sont pas enregistrés. Ils sont retracés dans le dossier du SMUR.

[73] *Ces points sont détaillés dans l'annexe médicale.*

2.1.4 La prise en charge de Madame Naomi Musenga par le SMUR en lien avec le SAMU permet sa prise en charge directe par le service de réanimation chirurgicale polyvalente du CHU

[74] Le médecin du SMUR a transmis deux bilans au SAMU pour rendre compte de l'évolution de l'état de Madame Naomi Musenga.

[75] Cette dernière est amenée au Nouvel Hôpital Civil des Hôpitaux universitaires de Strasbourg en vue de son admission en réanimation chirurgicale polyvalente. Pour gagner du temps, à la demande du SAMU et en accord avec le service de réanimation chirurgicale polyvalente, elle passe directement à son arrivée au CHU un scanner, accompagnée par l'équipe du SMUR (médecin, infirmier et ambulancier). Le praticien hospitalier du service de réanimation polyvalente chirurgicale les rejoint au scanner afin notamment de voir la patiente sans délai et de s'entretenir directement avec l'équipe du SMUR et avec le radiologue.

2.1.5 Madame Naomi Musenga est prise en charge dans le service de réanimation chirurgicale polyvalente à 16h46 et décède à 17h30

[76] Madame Naomi Musenga arrive dans le service de réanimation chirurgicale polyvalente à 16h46 (heure mentionnée sur le dossier informatique). Elle continue à être prise en charge par le praticien hospitalier qui l'avait rejointe au scanner ; l'équipe du SAMU l'accompagne dans le service de réanimation.

[77] Compte tenu de la gravité de la situation, le praticien hospitalier prend l'attache des deux autres médecins présents dans le service afin de décider de manière collégiale de la meilleure conduite à tenir. Il appelle également une autre équipe médicale, d'un autre service, pour prendre un avis spécialisé puis en fait part à ses deux collègues médecins afin que la conduite à tenir puisse être définitivement arrêtée.

[78] Madame Naomi Musenga décède à 17h30.

[79] *L'analyse détaillée des conditions de prise en charge dans le service de réanimation chirurgicale polyvalente est fournie en annexe médicale.*

2.2 L'accompagnement de la famille de Madame Naomi Musenga

2.2.1 La famille de Madame Naomi Musenga arrive dans le service de réanimation à 18h pour voir leur fille dont ils savent qu'elle a dû être hospitalisée en urgence.

[80] Une aide-soignante du service de réanimation qui connaissait de vue la famille de Madame Naomi Musenga les voit à l'entrée du sas du service de réanimation. Ce sas sert aux familles pour se préparer avant l'entrée dans le service (lavage de main et solution hydro-alcoolique). Il comporte un local technique pour le rangement du kit de ménage, des casiers et quelques chaises ainsi qu'un lavabo. Il est séparé par un petit couloir exigu de la salle où se trouvent les chambres avec les lits de réanimation. Pour entrer dans le sas, il faut sonner, l'aide-soignante leur ouvre. Sachant que leur fille est décédée, elle leur demande de ne pas bouger du sas où ils sont entrés et leur dit qu'elle va aller chercher le médecin.

[81] Le praticien hospitalier explique que, en s'approchant de la famille pour annoncer le décès de leur fille, la mère se trouve déjà au niveau de la porte séparant le sas du couloir d'accès à la salle de réanimation. Il précise que le père de Madame Naomi Musenga se trouvait dans le sas, près des casiers, et la sœur à mi-distance entre ses parents. Le praticien hospitalier indique à la mission répondre à la mère qui demande à voir sa fille que ce n'est pas possible. La sœur se rapproche alors de sa mère et du praticien hospitalier mais la mère souhaite continuer à avancer.

[82] Compte tenu de la situation, le praticien hospitalier décide d'annoncer le décès, afin d'éviter que la mère ne continue le peu de chemin qu'il lui reste à faire jusqu'à la chambre de sa fille.

[83] De fait, le père ne se trouve pas à côté de la mère quand l'annonce est formulée, il comprend que la situation est très grave car sa femme crie et s'effondre au sol.

[84] Entendant des cris depuis la salle de réanimation, l'aide-soignante rejoint le sas où la mère et la sœur sont assises par terre, le praticien hospitalier explique s'être assis à leur côté un long

moment avant que la mère ne retrouve la force de se lever. Le médecin et l'aide-soignante les ont relevées et ont accompagné les trois personnes à la chambre où reposait la jeune femme décédée.

[85] L'absence de salle adaptée pour recevoir les familles dans le service de réanimation a été particulièrement problématique dans un contexte obligeant à annoncer à des parents le décès de leur fille de 22 ans.

[86] De ce fait, la famille, avec laquelle la mission a longuement échangé, a gardé le souvenir d'une annonce précipitée dans des conditions non satisfaisantes.

[87] Cette situation est préjudiciable dans l'ensemble des circonstances où un dialogue doit s'engager entre les membres du service de réanimation et les proches des patients, exigeant un espace de confidentialité et de tranquillité.

[88] Ces annonces ne peuvent être faites dans les bureaux des médecins (un bureau pour cinq internes et un bureau pour trois praticiens hospitaliers).

Recommandation n°1 : Prévoir une salle pour que les membres du service de réanimation puissent recevoir les familles.

2.2.2 Les conditions d'accompagnement de la famille pendant la veille du corps ont été conformes aux procédures

[89] Le praticien hospitalier et l'aide-soignante (puis l'aide-soignante seule) indiquent être restés auprès la famille, et avoir expliqué que le personnel se tenait à sa disposition si besoin. L'accès à la chambre a été ouvert à la famille et aux proches, informés qu'ils pouvaient veiller le corps aussi longtemps qu'ils le souhaitent.

Encadré 1 : Rappel de la chronologie des faits

Veille du corps au sein du service de réanimation

- 29 décembre 18h : Arrivée de la famille de Madame Naomi Musenga en réanimation chirurgicale polyvalente du Nouvel hôpital civil (NHC). L'annonce du décès est faite par le médecin anesthésiste-réanimateur qui a pris en charge Madame Musenga.

Transfert du corps vers la chambre mortuaire du NHC et présentation du corps à la famille

- 30 décembre 2017 2h40 : Enregistrement du corps de la défunte à la chambre funéraire du NHC. Les visites de la famille le matin se tiennent en continu par groupes de huit personnes à la chambre funéraire de 9h à 12h30.

Départ du corps vers le service d'anatomo-pathologie

- 1er janvier 2018 11h : Transfert du corps à la chambre funéraire de l'hôpital de Hautepierre pour l'autopsie à visée médico-scientifique, qui sera réalisée le 3 janvier matin par le service d'anatomo-pathologie.

Restitution du corps à la famille

- 4 janvier 2018 : La famille et les proches de Madame Naomi Musenga viennent se recueillir auprès d'elle à la chambre funéraire de Hautepierre. Des dispositions sont prises pour la fermeture du cercueil et la restitution du corps le lendemain. La Chapelle de la chambre mortuaire est proposée à la famille pour la cérémonie familiale et la fermeture du cercueil.
- 5 janvier 2018 : Arrivée à 10h40 de la famille et des proches de Madame Naomi Musenga à la chambre funéraire de Hautepierre. Le cercueil est emmené par les pompes funèbres le 5 janvier à 11h.

Source : Mission

[90] Les conditions de présentation du corps à la famille apparaissent conformes au règlement intérieur des trois chambres mortuaires des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, s'agissant de l'information de la chambre mortuaire par le service de réanimation (article 4)¹³ ou de la durée de conservation du corps dans le service de réanimation dans l'attente de l'intervention des brancardiers : l'article 5 du règlement intérieur prévoit en effet qu'un temps d'au moins deux heures et qui ne peut dépasser dix heures soit prévu pour permettre à la famille et aux proches d'arriver dans le service et de veiller le corps.

[91] Les conditions dans lesquelles les familles ont pu se recueillir auprès de leur défunte à la chambre mortuaire sont également conformes aux procédures, qu'il s'agisse du temps accordé aux familles (article 9)¹⁴ ou de la préparation du corps (article 10).

[92] La mission n'a pas investigué les conditions dans lesquelles s'est fait l'accompagnement de la famille lors de la remise du livret d'aide aux personnes endeuillées. Ce livret précise clairement les formalités à accomplir, les conditions d'établissement du certificat de décès en mairie, ainsi que les conditions d'accès à la chambre mortuaire et aux pompes funèbres.

[93] S'agissant de l'accès aux pompes funèbres, les obligations du groupe hospitalier consistent à tenir la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres, et proscrirent toute orientation vers l'un ou l'autre de ces prestataires¹⁵. A cet égard, il n'a pas été relevé de défaut d'accompagnement.

2.2.3 Le praticien hospitalier du service de réanimation a échangé avec la famille sur les causes du décès de leur fille et décidé, en accord avec la famille, de faire réaliser une autopsie

[94] Dès le jour du décès, la question de sa cause a été abordée par la famille. Le praticien hospitalier a évoqué avec elle la possibilité de réaliser une autopsie afin de comprendre les causes du décès. Elle leur a également montré comment faire une demande de dossier médical (*cf. infra*). Des analyses conduites par la mission, il ressort que cette étape a été conforme aux exigences de recherche du consentement relatives aux autopsies médicales (article L. 1211-2 du Code de la santé publique)¹⁶. Ces dispositions prévoient que l'absence d'inscription sur le registre national des refus doit être vérifiée et qu'à défaut d'inscription sur ce registre, un échange avec la famille permette de recueillir l'éventuelle expression d'un refus de prélèvement d'organes et de tissus manifestée par le

¹³ L'article 4 prévoit que le personnel du service où un patient est décédé prévient le service du brancardage ou des ambulances internes qui assure, dans les meilleurs délais et 24h/24, le transport du corps vers la chambre mortuaire.

¹⁴ L'article 9 prévoit que les familles peuvent se recueillir auprès de leur défunt pendant les plages d'ouverture dévolues à cet effet, pour la chambre mortuaire du Nouvel hôpital civil, du lundi au vendredi de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h45, le samedi de 9 h à 11 h. A titre exceptionnel et à la demande de la famille, en dehors des heures d'ouverture de la chambre mortuaire, il peut être procédé à la présentation de corps.

¹⁵ L'article 12 prévoit que la liste des entreprises de Pompes Funèbres habilitées est affichée dans le local d'accueil des familles qui ont une liberté de choix totale en la matière. Les agents de la morgue, ou toute personne travaillant aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg, ne peuvent en aucun cas conseiller l'une ou l'autre des entreprises de Pompes Funèbres inscrites ou non sur la liste précédemment évoquée, sous peine de s'exposer à des sanctions disciplinaires et/ou pénales.

¹⁶ « Les autopsies sont dites médicales lorsqu'elles sont pratiquées, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elles doivent être pratiquées conformément aux exigences de recherche du consentement ainsi qu'aux autres conditions prévues au chapitre II du titre III du présent livre (...) ». Ces exigences sont formalisées par le décret du 11 août 2016 concernant les modalités d'expression et de révocation du refus et l'arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus.

défunt de son vivant. Le praticien hospitalier de réanimation qui avait pris en charge Madame Naomi Musenga a précisé à la mission qu'elle avait bien réalisé cette recherche et cet entretien.

[95] Une autopsie médicale a été pratiquée par le service d'anatomo-pathologie le 3 janvier au matin et plusieurs échanges ont eu lieu entre la famille et le praticien hospitalier à propos de ses résultats. Les résultats sont transmis par courrier du 16 février adressé par le service d'anatomo-pathologie au praticien hospitalier du service de réanimation. Il contacte la famille pour convenir d'un rendez-vous. Celui-ci se tient le 22 février, soit moins d'une semaine après la réception des résultats.

2.2.4 Une transmission du dossier médical dépassant les délais réglementaires, incomplète et non accompagnée s'agissant des appels enregistrés par le SAMU

[96] Lors du rendez-vous du 22 février 2018, le praticien hospitalier de réanimation présente les résultats de l'autopsie et les hypothèses diagnostiques issues des échanges collégiaux qui ont eu lieu dans le service de réanimation lors des staffs. Elle indique à la famille, désireuse de repartir avec le rapport d'autopsie pour connaître les causes du décès de leur fille, que cette demande doit être formulée auprès de la direction et leur montre comment faire cette demande.

[97] Le 12 mars 2018, la demande de dossier médical parvient à la direction de la qualité des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, avant d'être redirigée le 23 mars 2018 vers le service de réanimation chirurgicale polyvalente du Nouvel hôpital civil ainsi que vers le SAMU. L'objet est très clair : demande d'enregistrement d'appel au SAMU et de dossier médical. Le motif de demande (connaître les causes du décès) est également mentionné.

[98] La loi prévoit que, dans ce cas, les ayants-droits ont accès à l'ensemble des pièces du dossier relatives au motif de la demande (article L 110-4 du Code de la santé publique).

[99] Le 23 mars 2018, la famille est destinataire d'un accusé de réception de sa demande. Il s'agit d'un courrier-type de la direction de la qualité qui indique que la demande a été transmise aux deux services concernés.

[100] La procédure du CHU concernant la transmission du dossier médical de prise en charge de la patiente prévoit que i) la direction de la qualité assure la coordination du traitement des demandes d'accès au dossier médical reçues, ii) les services concernés assurent la duplication et l'accès des documents au parent/demandeur habilité¹⁷.

2.2.4.1 Le service de réanimation a tenté de répondre à la demande de la famille mais de manière formellement incomplète

[101] Le 12 avril 2018, seuls le compte-rendu d'hospitalisation en réanimation et le rapport d'autopsie sont transmis par courrier.

[102] S'agissant du délai de transmission, la mission relève que la demande date du 12 mars 2018 et que les pièces sont transmises un mois plus tard, alors que l'article R.1111-1 du code de la santé publique prévoit une réponse dans les huit jours suivant la date de réception de la demande.

¹⁷ Procédure de traitement d'une demande d'accès au dossier médical, 28 août 2017

[103] S'agissant du contenu de la transmission, deux des pièces (dont la fiche du SMUR), qui auraient pu éclairer les causes du décès, n'ont pas été transmises.

[104] La première de ces deux pièces, datée du 13 février et concernant les résultats d'un examen complémentaire *post mortem* réalisé à la demande du service d'anatomo-pathologie, n'avait fait l'objet que d'un échange téléphonique entre le service ayant réalisé l'examen complémentaire et le service de réanimation. Le responsable de l'unité fonctionnelle de réanimation a expliqué à la mission que le service ayant pratiqué cet examen complémentaire ne souhaitait en transmettre le résultat qu'au service demandeur. Le résultat avait toutefois été communiqué par téléphone au service de réanimation, à sa demande, avant l'entretien avec la famille du 22 février. Il a fait l'objet d'un échange avec la famille lors de cet entretien.

[105] Une nouvelle demande (orale) d'accès à la totalité du dossier est formulée à l'occasion de la rencontre de la famille avec le directeur général du CHU, le 3 mai 2018, après que l'enregistrement du SAMU ait fait l'objet d'une diffusion dans la presse. Une télécopie des résultats de l'examen complémentaire précité a alors été transmise au service de réanimation qui l'a jointe aux éléments venant compléter le dossier médical.

[106] Le 7 mai 2018, l'envoi à la famille est complété, en particulier par le résultat de cet examen complémentaire mais toujours sans la fiche SMUR. Même si le rapport d'hospitalisation en réanimation comporte une synthèse de cette fiche, il aurait été préférable qu'elle soit transmise dans son intégralité.

[107] Le chef de l'unité de réanimation, interrogé sur ce point par la mission, a expliqué qu'il ne pensait pas devoir transmettre d'éléments émanant du SAMU, d'autant qu'une demande avait également été faite à celui-ci pour l'écoute des appels.

2.2.4.2 La transmission par le SAMU des pièces demandées par la famille est réalisée selon des modalités particulièrement inadaptées

[108] Le 27 mars 2018, le SAMU reçoit le courrier de la direction de la qualité accompagné du courrier du père de Naomi Musenga (reçu le 12 mars 2017) demandant les enregistrements de ses appels au SAMU la veille ainsi que le jour de son décès le 29 décembre 2017.

[109] Suite à cette demande, le responsable de service du SAMU retrouve le seul enregistrement d'appel passé par Madame Naomi Musenga (appel du 29 décembre à 11h28) et l'appel du médecin de SOS au SAMU à propos de cette personne (appel de 13h47).

[110] Il écoute l'appel enregistré, le 27 mars. Il l'envoie le jour même à son adjointe, au médecin coordonnateur du CRRRA, au médecin chargé de la qualité au SAMU, ainsi qu'au cadre de santé du SAMU. Le médecin responsable de la qualité au SAMU demande s'il souhaite que ce dossier soit analysé. Le responsable de service du SAMU explique qu'il « *n'a pas immédiatement donné suite à cette demande dans la mesure où le traitement d'une affaire à très haut caractère médico-légal lui apparaissait extrêmement délicat* ».

[111] Le lendemain, il envoie aux mêmes interlocuteurs un message à propos de cet enregistrement dont le contenu montre clairement qu'il perçoit l'extrême gravité de la situation. Dans ce mail, il précise : « *Imaginez le père auquel va être envoyé cet enregistrement, écoutant cette conversation avec sa fille plaintive qui quelques heures après sera morte. Terrible* ». La mission a interrogé le responsable médical du SAMU pour savoir si, suite à ce message, l'un des interlocuteurs (trois médecins et deux infirmiers) à qui il l'a adressé l'enregistrement lui avait suggéré de ne pas l'envoyer au père mais de proposer à ce dernier d'être reçu. Il a été répondu par la négative.

[112] L'échange avec les membres du SAMU sur les suites à donner sera traité ultérieurement.

[113] Le responsable de service du SAMU échange par téléphone avec le père de Madame Naomi Musenga le 4 avril. Il indique qu'un seul enregistrement a été retrouvé, correspondant à l'appel passé le 29 décembre en fin de matinée, et l'interroge quant à la forme souhaitée, sonore ou retranscrite, pour la transmission de l'enregistrement. Le responsable du service du SAMU indique ne pas avoir poursuivi plus avant la discussion car son intervention aurait pu être interprétée comme une manœuvre dilatoire et un souhait d'influencer Monsieur Musenga. Suite à cette conversation, il est procédé à l'envoi de l'enregistrement sonore avec un courrier d'accompagnement mentionnant qu'il s'agit du seul enregistrement retrouvé.

[114] L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique précise que les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant. Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations. Le responsable du SAMU n'a pas proposé ce type d'accompagnement alors même qu'il avait anticipé l'immense choc que pourrait constituer cette écoute pour le père de Madame Naomi Musenga.

[115] Une saisine du médiateur pour accompagner, avec le responsable du service du SAMU, la famille dans la prise de connaissance de cet enregistrement aurait également pu être envisagée.

[116] Interrogé sur ce point, le responsable de service reconnaît spontanément « *qu'il aurait dû procéder différemment. Il a été sidéré par le contenu de la bande et a pris le parti d'exercer une sorte de neutralité avec une transmission de la bande sans accompagnement de la famille. Il reconnaît que cette manière de faire peut être considérée comme inhumaine et est prêt à présenter ses excuses à la famille* ».

[117] Le courrier du père de Madame Naomi Musenga ne fait référence qu'aux appels passés par sa fille. Toutefois il mentionne que cette demande vise à connaître les causes de son décès. Une transmission de l'enregistrement de l'appel de 13h47 passé par SOS Médecins à son sujet, ainsi que des échanges avec le SMUR, auraient pu contribuer à l'éclairer. Par ailleurs, le contenu du dossier de régulation médicale aurait dû être transmis dès lors qu'il s'agit formellement d'un élément du dossier médical. Enfin, le courrier de transmission a été adressé un mois après la demande de la famille, en dehors des délais réglementaires (*cf. supra*).

[118] A cette date, ni le responsable du SAMU ni les autres membres du service n'ont connaissance de l'existence d'un appel intermédiaire entre celui de 11h28 et celui de 13h47. Il n'a pu être retrouvé que suite à un échange avec la famille qui évoquait un appel passé par un proche. Le responsable du service du SAMU n'a trouvé aucun autre enregistrement le 29 décembre faisant référence au nom de Madame Naomi Musenga, aucun appel enregistré à la même adresse, aucun appel provenant du même numéro de téléphone que celui de Madame Naomi Musenga. Il a néanmoins tenu à s'assurer de l'absence d'appel concernant Madame Naomi Musenga en demandant aux techniciens informatiques de faire une extraction, de manière urgente, de tous les enregistrements du 29 décembre au SAMU entre 11h et 19h. C'est grâce à cette écoute que l'appel « intermédiaire » a pu être repéré.

2.3 La recherche des causes du décès

2.3.1 Le dossier de Madame Naomi Musenga a fait l'objet d'un échange entre les praticiens du service de réanimation

Le dossier de Madame Naomi Musenga a été abordé lors du premier staff qui s'est tenu après son décès, en présence des trois médecins qui avaient été présents. Le lundi 8 janvier 2018, le dossier a été présenté à nouveau au staff de l'unité fonctionnelle de réanimation polyvalente. Le dossier a encore été présenté au staff une fois les résultats d'autopsie disponibles, soit en février 2018. Ces échanges n'ont pas conduit à une hypothèse satisfaisante permettant d'expliquer le décès de Madame Naomi Musenga.

2.3.2 L'autopsie a été réalisée dans des délais compatibles avec la recherche d'un diagnostic

[119] Le choix d'une autopsie médicale a été décidé après consultation du médecin d'astreinte en médecine légale par le praticien hospitalier.

2.3.2.1 Les conditions de conservation du corps de Madame Naomi Musenga apparaissent également conformes aux procédures

[120] Il résulte des analyses conduites par la mission que :

- l'enregistrement du corps de la défunte à la chambre funéraire du Nouvel hôpital civil (NHC) (au bout de 9 h et 10 minutes) a été effectué dans les délais prévus par le règlement intérieur de l'établissement (*cf. supra partie sur les conditions d'accompagnement de la famille pendant la veille du corps*) ;
- les conditions de fonctionnement des chambres froides mortuaires, tant à Hautepierre qu'au NHC, ont été normales sur la période et qu'aucune demande de maintenance ou de panne n'a été signalée concernant les chambres mortuaires des deux sites¹⁸. Les fiches de traçabilité de la chambre mortuaire du NHC et la fiche de liaison de transport du corps indiquent par ailleurs que les éléments de traçabilité de la température ont été correctement relevés ;
- la durée de conservation du corps dans chacune des deux chambres mortuaires (56 h au sein de la chambre mortuaire du NHC et 96 h au sein de la chambre mortuaire de l'hôpital de Hautepierre) ainsi que le délai de réalisation de l'autopsie médico-scientifique (115 h à compter du décès compte tenu de la fermeture du service d'anatomo-pathologie les week-ends et les jours fériés¹⁹) ont été conformes aux standards (cf. encadré ci-après).

[121] La mission a sollicité la Société française de pathologie (SFP) concernant l'existence d'une limitation légale au délai dans lequel peut se faire une autopsie médicale et les délais entre un décès et la réalisation d'une autopsie.

¹⁸ Source : rapport de l'ingénieur en chef responsable du département Maintenance et travaux courants réalisé notamment sur la base des outils de suivi de la maintenance utilisés par les professionnels habilités des Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

¹⁹ 2 janvier 16h15 : la demande d'autopsie est faxée au service d'anatomo-pathologie et réalisée le 3 janvier à 10h30.

[122] La réponse apportée précise que :

- le délai peut différer si l'on se situe dans le cadre d'une autopsie médico-légale, ce qui suppose un cadre judiciaire et une autopsie médicale. Dans le cas présent, le cadre était bien celui d'une autopsie médicale ;
- en l'absence de transport, la réglementation prévoit l'absence de limitation légale au délai dans lequel peut se faire une autopsie médicale. La seule limite de temps est la durée de dépôt d'un corps en chambre mortuaire qui ne doit pas excéder 10 jours (Code de la santé Publique, art. R. 1112-75) ;
- *« au-delà de 48 h après le décès, la détérioration naturelle des tissus limite leur intérêt pour une utilisation dans un but de recherche scientifique. En revanche, si la finalité est purement diagnostique, l'autopsie peut être pratiquée au-delà de 72h et ce jusqu'à ce que le corps soit récupéré par l'entourage du défunt »*. En d'autres termes, le délai entre la date du décès et la réalisation d'une autopsie est sans impact sur l'examen macroscopique réalisé, lorsque le corps a été conservé dans des conditions adaptées.

2.3.2.2 La réalisation de l'autopsie qui a permis une analyse fine, avec description histologique, témoigne de la nature excessive des termes de « putréfaction avancée » employés dans les documents transmis à la famille

[123] La mission a interrogé la représentante de la Société française de pathologie concernant l'utilisation du terme « putréfaction avancée » dans le rapport d'autopsie. Dans la réponse apportée, cette dernière précise qu'il est habituel que des lésions d'autolyse plus ou moins sévères apparaissent au bout de 48h. Elles peuvent, dans certains cas, gêner une analyse fine mais font partie de ce qu'un pathologiste d'expérience prend en compte dans les résultats d'analyse *post mortem*. Par « analyse fine », elle entend en particulier la description histologique des différents organes. Dans le cas de l'autopsie de Madame Naomi Musenga, la description histologique des différents organes a pu être réalisée (à l'exception de la rate, organe particulièrement sensible à la dégradation). La précision du compte-rendu histologique montre que le terme « putréfaction avancée » utilisé dans le compte rendu d'autopsie est excessif.

[124] Le compte rendu transmis à la famille a ainsi provoqué un émoi légitime du fait de l'interrogation qu'a suscitée ce terme laissant penser, à tort, que le corps de Madame Naomi Musenga n'avait pas été conservé dans des conditions satisfaisantes. En outre, la famille a pu être amenée à conclure que l'autopsie ne produirait pas les résultats diagnostics attendus, alors que tel n'était pas le cas.

2.4 Le décès de Madame Naomi Musenga n'a pas donné lieu à la déclaration d'un évènement indésirable grave à l'Agence régionale de santé, et les suites immédiates n'ont pas été proportionnées à la gravité de la situation

[125] La prise de connaissance par le responsable de service du Samu du contenu de l'enregistrement du premier appel, le 28 mars, est suivie d'une information conjointe faite le jour-même à son adjointe, aux médecins coordinateurs qualité et CRRA, ainsi qu'au cadre supérieur et au cadre de proximité.

[126] Les échanges de mails montrent que le contenu de l'enregistrement du premier appel a d'emblée été jugé à l'opposé de l'ensemble des bonnes pratiques de prise en charge, et que la possibilité d'une suite judiciaire à l'initiative de la famille a été de suite envisagée.

[127] Cette information a ensuite été partagée :

- Le responsable de service du Samu informe la directrice de la qualité le 4 avril de la transmission de l'enregistrement de l'appel à la famille et de l'existence de suites possibles, à l'écoute de celle-ci. La directrice de la qualité (qui n'a pas accès au contenu de l'enregistrement) lui indique par retour de message se tenir à disposition dans le cas où des suites seraient données ;
- En interne, cette écoute est suivie le 29 mars d'un entretien avec l'ARM concernée, le responsable du service du SAMU, le cadre de santé du SAMU et la cadre supérieure de santé. Une réécoute de l'enregistrement sonore est effectuée au cours de cet entretien. Il est rappelé à l'ARM que cette manière de gérer l'appel va à l'encontre de l'ensemble des règles du service. Le compte-rendu précise les éléments qui sont discutés lors de l'entretien : manque d'empathie, absence de régulation, absence d'écoute active, absence de reformulation et l'insuffisance de recherche d'informations utiles. L'ARM a également été informée de la mise à disposition prochaine de ces enregistrements à l'ayant droit ainsi que des suites potentielles du dossier. Le responsable du service du SAMU a précisé à la mission qu'il lui avait exprimé sa colère et l'impact dévastateur de ce comportement ;
- Un message est également transmis le 4 avril 2018 par le responsable de service du Samu au responsable du centre de transfert des alertes du SDIS, l'informant de la transmission à la famille d'un transfert d'appel entre CTA et CRRA et indiquant que des suites sont possibles mais que la partie relevant du CTA « ne paraît pas en cause ». Il y fait au passage état de la « nécessité pour les opérateurs d'être plus discrets *et professionnels lorsqu'ils se passent des appels* ».

[128] En revanche, cette analyse n'a pas donné lieu à la déclaration formelle d'un événement indésirable grave, alors que les éléments de qualification étaient réunis : décès et élément avéré suggérant un retard de prise en charge. L'information à la directrice de la qualité n'a pas suffi à alerter.

[129] De ce fait, le directeur général des Hôpitaux universitaires de Strasbourg et le président de la CME n'ont pris connaissance de l'enregistrement que le 27 avril, lors de sa publication sur le site internet d'un média local.

[130] *Paragraphe supprimé et intégré dans les paragraphes 128 et 129*

[131] La mission considère qu'il appartenait prioritairement au responsable de service du SAMU de prendre l'initiative de cette déclaration d'EIG. Elle souligne toutefois qu'il a partagé cette information d'une manière qui exclut toute volonté de dissimuler l'événement et ses conséquences.

[132] Le responsable de service du SAMU a présenté sa démission pour ce qui concerne ses fonctions de responsable du service du SAMU.

Recommandation n°2 : Accepter la démission du responsable du service du SAMU et procéder au recrutement correspondant.

[133] Le cadre de santé référent « Événement Indésirables », de même que la cadre supérieure de santé et les trois autres médecins au courant de cet événement auraient également dû le déclarer.

Recommandation n°3 : Clarifier la répartition des rôles en matière de déclaration des événements indésirables.

Recommandation n°4: Déclarer au niveau de l'établissement tous les événements indésirables graves, y compris ceux faisant déjà l'objet d'une plainte ou d'une procédure judiciaire.

Recommandation n°5: Mettre en place une revue mensuelle des événements indésirables en vue d'améliorer les pratiques.

[134] Il appartenait prioritairement à la cadre supérieure de santé et au responsable du service du SAMU de communiquer ces éléments au directeur de l'établissement, afin de lui permettre de prendre sans délai les mesures adaptées à la gravité de la situation et d'envisager des mesures disciplinaires vis-à-vis de l'ARM, en particulier sa suspension.

[135] Le retrait de l'assistante de régulation médicale du poste de gestion des appels n'intervient en effet qu'un mois plus tard, après que le directeur a eu connaissance de la publication de l'enregistrement dans les médias (décision prise le 5 mai, remise en main propre le 7 mai avec un accompagnement par la médecine du travail, et suivie d'une suspension à titre conservatoire le 9 mai).

3 AU-DELA DU CAS DE MADAME NAOMI MUSENGA, LA MISSION A MIS EN EVIDENCE DE GRAVES DYSFONCTIONNEMENTS, MAIS EGALEMENT DES PRATIQUES POSITIVES PORTEUSES D'UN POTENTIEL D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE

3.1 Le SAMU 67 présente des dysfonctionnements, dont certains, majeurs, ont fait l'objet d'actions correctrices avant la remise de ce rapport

[136] En premier lieu, le mode de système de recueil des événements indésirables, très éclaté, empêche de disposer d'une vision d'ensemble sur l'évolution des pratiques.

[137] En outre, dans un contexte de ressources médicales limitées, où les appels non urgents peuvent représenter entre un tiers et un quart des appels²⁰, tant les procédures que les modes de fonctionnement quotidiens montrent une interprétation souvent trop restrictive des situations devant donner lieu à une régulation médicale.

²⁰ Le motif « faux appel » représente entre 11 et 23 % des appels entre 2013 et 2017 parmi les motifs renseignés par les assistants de régulation médicale ; en cumulé, les motifs « renseignements », « demande du médecin de garde », « demande de pharmacie de garde », « conseil d'appeler la PDSA » concernent entre 13 et 16 % des appels entre 2013 et 2017. Source : tableau de la répartition initiale des appels par les ARM extraite du logiciel Centaure, présentée en Annexe 4.

3.1.1 Des procédures et des modes de fonctionnement qui autorisaient, dans certains cas, une absence de transmission d'un appel médical au médecin régulateur

3.1.1.1 Les procédures en vigueur s'écartaient du principe d'une régulation médicale systématique de l'appel, hors départ réflexe

[138] Les fiches de poste rappellent que l'assistant de régulation médicale « *n'intervient pas dans la décision médicale mais est un facilitateur dans son exécution* ». Or, tant les procédures que le mode de fonctionnement quotidien montrent une interprétation restrictive des situations devant donner lieu à une régulation médicale, ce qui aboutit de fait à une forme de transfert de la responsabilité de la régulation du médecin vers l'assistant de régulation médicale.

[139] La mission a relevé sur plusieurs points des écarts entre les procédures internes et les recommandations de bonnes pratiques mises en avant par la profession, s'agissant en particulier des critères de déclenchement de la régulation médicale.

[140] La recommandation du SAMU de Strasbourg en matière de procédure générale de régulation, établie en 2015, comportait deux types de non-conformités.

[141] D'une part, elle prévoyait dans le cadre d'une procédure P2 (absence d'urgence vitale avérée ou potentielle et de besoin de réponse médicale immédiate) que l'assistant de régulation médicale :

- procède au transfert de l'appel pour régulation au standard de l'association ou de la régulation départementale lorsque l'appelant présente des signes de fragilité (personne âgée, personne présentant des difficultés de compréhension) ;
- propose à l'appelant de contacter directement le numéro de la permanence des soins dans les autres cas. C'est seulement en l'absence de ces possibilités que l'appel devait être orienté vers la régulation au titre de l'aide médicale urgente.

[142] Cette procédure n'était ni conforme ni aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé ni au référentiel de la Société française de médecine d'urgence précités.

[143] Le renvoi de l'appelant vers le numéro de permanence des soins (hors situations de fragilité avérées) contrevient au principe selon lequel tout appel doit être régulé hors départ réflexe²¹.

[144] Sur ce sujet, la Haute autorité de santé souligne que le centre de régulation médicale n'a pas pour mission de traiter les demandes autres que les demandes de soins non programmés ou les demandes d'aide médicale urgente. Le traitement de ces deux types de demande entre très clairement dans son champ.

²¹ Le référentiel précité de la SFMU de 2016 précise en effet que l'ARM « qualifie le niveau d'urgence et assure la priorisation et le transfert des appels vers le médecin régulateur P0 : Urgence vitale, déclenchement SMUR réflexe puis régulation médicale prioritaire ; P1 : Régulation médicale immédiate, SMUR à la décision du MR Urgentiste (R1) ; P2 : Régulation médicale différée, qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations médicales étant en cours. Face à une situation d'urgence engageant possiblement le pronostic vital du patient, l'ARM doit déclencher les moyens opérationnels, avant régulation médicale. »

[145] Le mode de réponse que décrit la HAS est toujours celui de l'équipe médicale. Ainsi, le patient peut être orienté vers un centre de consultation médicale non programmée mais par le médecin et sous certaines conditions :

- Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il peut se déplacer ;
- Les coordonnées du lieu de consultation ainsi que les heures d'ouverture, les modalités d'accès, sont indiquées à l'appelant ;
- Le centre de régulation médicale s'assure au préalable que le patient a les moyens de se rendre sur le lieu de consultation. Le cas échéant une solution est recherchée en accord avec le patient.

L'encadré ci-dessous récapitule les textes qui s'appliquent en dehors des heures de Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA).

- **Hors PDSA, les textes qui s'appliquent sont ceux relatifs au SAMU, qui assure une écoute médicale permanente. Tout appel doit par conséquent faire l'objet d'une régulation médicale.**

Article R. 6311-2 du Code de la santé publique

« Pour l'application de l'article R. 6311-1, les services d'aide médicale urgente :

- 1° Assurent une écoute médicale permanente ;
- 2° Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- 3° S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- 4° Organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- 5° Veillent à l'admission du patient. »

- **Hors PDSA, des médecins régulateurs libéraux peuvent renforcer le SAMU. Dans ce cas, les textes précisent qu'ils assurent cette activité au sein du CRRA. Ce renfort par la médecine libérale ne peut donc pas être assuré par convention avec SOS Médecins.**

Article R. 6311-8 du Code de la santé publique

« Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente.

La participation de ceux-ci, comme celle des autres intervenants, au dispositif d'aide médicale urgente est déterminée par convention.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, si les besoins de la population l'exigent. »

Source : Direction générale de l'offre de soins

L'encadré ci-dessous récapitule les textes qui s'appliquent dans le cadre de la PDSA.

➤ **Dans le cadre de la PDSA**

- Une convention entre un SAMU et SOS Médecins est rendue possible uniquement dans le cadre de la PDSA.
- Une obligation d'interconnexion, fixée par convention, est imposée pour que les appels à SOS Médecins (ou toute autre plateforme interconnectée) puissent être renvoyés vers le 15 en cas d'urgence.
- Elle n'a pas pour objet de déroger à la règle prévalant pour les SAMU et la PDSA d'une obligation de régulation médicale, tout appel au 15 devant faire l'objet d'une régulation médicale avant transfert éventuel à SOS Médecins.

Article R. 6315-3 du Code de la santé publique

« L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15). Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine lequel de ces deux numéros est utilisé au plan régional. Il l'inscrit dans le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6. Les médecins volontaires participent à l'activité de régulation médicale des appels dans les conditions définies par ce cahier des charges. Lorsqu'un médecin assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente.

L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Cette convention respecte le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6.

Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au troisième alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé. »

Source : Direction générale de l'offre de soins

[146] La procédure générale de régulation de 2015 s'écartait également des référentiels de bonnes pratiques en ce qu'elle n'envisageait pas toujours l'envoi d'un SMUR en cas de départ réflexe. Elle distinguait en effet deux types de situations:

- Procédure P0 A : Devant la présence de signes d'atteinte vitale avérée, l'ARM est amené à déclencher, avant décision médicale, un départ réflexe standard « secours à personnes avec urgence vitale » auprès des pompiers. L'ARM transfère ensuite l'appel au médecin régulateur qui décide de l'opportunité d'engager au départ des secours un moyen SMUR ainsi qu'un départ de proximité.
- Procédure P0 B : Dans les cas où la probabilité d'atteinte vitale est si élevée que la médicalisation des secours doit être engagée dès l'appel, l'ARM est amené à déclencher, avant décision médicale, un départ réflexe « secours à personnes avec urgence vitale médicalisé ». L'ARM transfère ensuite l'appel au médecin régulateur qui décide de l'opportunité d'engager des renforts.
- La fiche de tâches ARM apparaît imprécise sur ce point : il est signifié que l'ARM « engage les moyens de secours avant régulation dans le cadre d'une urgence vitale » sans précision sur le type de moyen.

[147] Le premier cas (P0A) n'est pas prévu par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qui préconisent le déclenchement systématique d'un SMUR réflexe suivi d'une régulation médicale prioritaire en cas d'urgence vitale. Interrogé sur ce point, le service indique que cela n'a pas d'impact dans la pratique courante, les ARM ayant toute latitude pour déclencher un SMUR dans cette situation.

[148] Ces procédures, qui autorisaient les assistants de régulation médicale à réguler seuls des appels à caractère médical, et qui pré-existaient à l'arrivée du responsable du service du SAMU présent en 2017, ont conduit à une pratique de non-régulation médicale généralisée. Ces procédures étaient connues des médecins du service et des ARM.

[149] En outre, même pour l'application de la procédure interne au SAMU, dont la mission a souligné qu'elle n'était pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques, il ressort que le critère de fragilité de la personne était diversement appréhendé par les assistants de régulation médicale.

[150] Les ARM ont donc, de façon récurrente, été amenés à prendre des décisions relevant d'une régulation médicale.

3.1.1.2 Ces dysfonctionnements ont d'ores et déjà fait l'objet d'actions correctrices

[151] Dans le cadre de son enquête et avant son achèvement, la mission a demandé que soit diffusée sans délai une recommandation, élaborée en lien avec la SFMU, afin que les pratiques de régulation puissent être modifiées sans délai.

[152] En conséquence de cette instruction, le médecin du CRRA a la responsabilité de décider du transfert physique de tout appel vers la régulation AMU mais aussi PDSA. Il est mis à fin de ce fait à la pratique consistant à donner le numéro de la PDSA ou d'une association médicale pour rappel par l'appelant.

[153] Cette recommandation a fait l'objet de la diffusion demandée. Elle visait principalement, dans un contexte d'urgence, à prévenir toute absence de régulation médicale des appels. Il convient néanmoins de mieux expliciter le rôle des médecins régulateurs qui, des échanges qu'a pu avoir la mission, demeure mal compris.

Recommandation n°6 : Mettre en place au SAMU de Strasbourg une formation aux bonnes pratiques de régulation des ARM centrée sur l'explicitation des notions de PDSA et de médecin régulateur prévues par la réglementation.

[154] Les conséquences de cette modification des procédures sur l'organisation générale de la régulation médicale, et notamment sur le temps de décroché au niveau de la plateforme de régulation, devront faire l'objet d'une analyse en profondeur afin de permettre une adaptation du SAMU 67 à ce changement majeur mais indispensable de sa manière de fonctionner.

[155] Les impacts sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires du Bas-Rhin, habituée à fonctionner depuis des années avec un SAMU qui ne leur transférait pas les appels devront également être étudiés par l'agence régionale de santé.

3.1.2 Une pluralité de modes de recueil des évènements indésirables qui rend difficile d'avoir une vision d'ensemble sur les situations « à risque »

[156] Différents systèmes coexistent pour le suivi et l'analyse des évènements indésirables (EI) selon la provenance de l'évènement:

- le logiciel de déclaration commun à l'ensemble de l'établissement (Normea) constitue le mode de déclaration de droit commun des évènements indésirables relevant d'un service des Hôpitaux universitaires de Strasbourg ;
- les évènements indésirables issus d'établissements extérieurs sont suivis via un tableau papier au sein du pôle qualité, l'outil Norméa n'étant pas adapté aux prises en charge en dehors des Hôpitaux universitaires de Strasbourg ;
- les plaintes diffusées par la commission des usagers sont transmises par la direction de la qualité au pôle qualité du SAMU et conservées au sein du pôle qualité ;
- les assistants de régulation médicale comme les médecins régulateurs ont par ailleurs la possibilité d'utiliser une fiche d'incident conservée au niveau du pôle CRRA²², en sus du système de déclaration des évènements indésirables institutionnels.

[157] Dans son rapport de certification de janvier 2018, la Haute autorité de santé a identifié une non-conformité relative à l'organisation mise en place en matière de traitement des évènements indésirables à l'échelle des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Elle soulignait que ce système « *repose sur la cohabitation de différentes procédures de dispositif de signalement des EI ne correspondant pas à la procédure de déclaration via l'outil informatique de signalement, mais reposant sur la réalisation d'un signalement en version papier à adresser à des personnes ressources* ». Elle notait que la pluralité de modalités de signalement crée le risque que les EI ne soient pas pris en compte par l'organisation définie avec les médecins référents qualité et cadre EI, qui peuvent se voir exclus de ce fait d'une information.

[158] En l'espèce, l'absence d'un mode de suivi unique rend difficile de disposer d'une vision d'ensemble sur l'évolution des pratiques.

[159] Or, la mission s'est livrée à un début de consolidation de ces évènements indésirables liés au SAMU, qui fait apparaître pour l'année 2017 l'importance, à l'échelle d'un échantillon très restreint, des incidents liés à des appels non régulés (*cf. infra*).

Recommandation n°7 : Renforcer la centralisation du traitement des évènements indésirables au sein du pôle qualité

3.1.3 Plusieurs cas de prises en charge inadaptées relevés dans le cadre d'une écoute d'enregistrement de régulation du SAMU d'une durée d'une heure

[160] La mission a demandé la transmission d'une heure d'enregistrement d'appel entrant au SAMU afin notamment de mieux cerner les modalités concrètes de régulation, au-delà du cas spécifique faisant l'objet de l'enquête.

[161] Il ne s'agissait nullement d'en tirer des conclusions statistiques, mais bien d'appréhender les modalités de régulation à l'échelle de quelques cas. Cette extraction concernait un jour de

²² Centre de régulation des appels

semaine autre que le lundi ou le vendredi de la première quinzaine du mois de décembre 2017, sur la tranche horaire de 17h à 18h (pic d'appel quotidien), l'heure d'écoute recouvrant des appels reçus par des ARM différents.

[162] Sur l'ensemble des appels écoutés (moins de 80), la mission a ciblé les appels émanant de particuliers et non raccrochés, soit pour cette écoute, moins d'un tiers des appels. Près de 40 % ont été transmis par les ARM à un médecin régulateur. Pour trois appels dont le caractère médical est avéré, l'appel n'a pas été transmis à un médecin régulateur. Les autres appels ont donné lieu à l'envoi de moyens sans transmission préalable à un médecin régulateur, tous ces appels ne relevant pourtant pas d'un « départ réflexe ». Sur les trois appels non transmis à un médecin régulateur, deux apparaissent particulièrement problématiques et sont décrits ci-dessous :

- Cas 1 : il s'agit d'une femme dont le bébé âgé de neuf mois a une fièvre à 39°5. Il est conseillé à la mère d'attendre 20h pour appeler le médecin de garde ;
- Cas 2 : un proche appelle pour un patient de 84 ans, paralysé, en chaise roulante, qui a déjà fait deux accidents vasculaires cérébraux et pour lequel il s'inquiète d'une récurrence parce qu'il ne tient pas droit et qu'elle ne parvient pas à le redresser.

[163] **Ces différents éléments impliquent la mise en place d'une véritable conduite de changement au sein du SAMU, avec l'appui d'une mission d'accompagnement.**

Recommandation n°8 : Elaborer sans délai d'un plan d'action garantissant la qualité de la régulation et incluant notamment une analyse organisationnelle.

[164] Le traitement des événements indésirables graves en cours par l'Agence régionale de santé et les échanges dans ce domaine avec le CHU, les travaux conduits au niveau de la CDU ainsi que la démarche qualité engagée depuis un an au sein du service, constituent des éléments d'appui solides pour mener ces travaux.

3.2 Les démarches d'amélioration de la qualité ont été renforcées depuis 2015 sans cibler spécifiquement les procédures et les appels à risques

[165] Compte tenu des délais très brefs dont la mission disposait, elle a choisi de centrer ses travaux sur les procédures de régulation médicale des appels mises en place au sein du SAMU, à l'exclusion des procédures qui gouvernent le fonctionnement du SMUR.

[166] Pour évaluer la maturité du dispositif de contrôle de la qualité, la mission a conduit des investigations en vue de cerner les objectifs dans ce domaine, les modalités de contrôle mises en place et le suivi des résultats obtenus. Elle s'est notamment appuyée sur le rapport de certification des Hôpitaux universitaires de Strasbourg réalisé par la Haute autorité de santé pour la partie management de la qualité et des risques.

3.2.1 L'organisation de la régulation des appels a été approfondie dès 2006 en lien avec la MEAH

[167] Les réflexions conduites au sein du SAMU depuis une dizaine d'années ont principalement porté sur la planification la plus performante des ressources, avec pour objectif de « focaliser les médecins régulateurs sur des tâches à haute valeur ajoutée médicale, avec priorité au traitement d'appel à réguler »²³:

- Un travail approfondi a été conduit suite à l'étude de charge²⁴ réalisée par la MEAH²⁵ en 2006, qui a débouché sur une spécialisation par fonction des postes d'assistant de régulation médicale (ARM) à partir de l'automne 2008 (décroché d'appel entrant, recherche et envoi de moyens, prise de bilans), sur la mobilisation d'effectifs IDE pour la prise de bilans, et sur une professionnalisation du poste de supervision de salle pour décharger les médecins régulateurs et les ARM des tâches administratives « cachées »;

Cf. Annexe 2 pour la présentation détaillée de ces différentes fonctions.

- Ces travaux ont été prolongés par la mise en place d'indicateurs de résultats portant notamment sur les délais au décroché²⁶.

[168] Dans l'ensemble de ces travaux, la qualité est essentiellement abordée sous l'angle de la réduction des délais au décroché. L'adéquation de la réponse apportée, le « juste soin », apparaissent davantage comme la conséquence d'une organisation optimale des ressources que comme un objectif explicitement affiché.

3.2.2 La qualité de la régulation des appels est une préoccupation plus récente

[169] Cette préoccupation est devenue plus clairement affichée par le service à partir de la mi-2015 en lien avec la commission des usagers et le service qualité, et compte tenu de plusieurs évènements :

- Une série de plaintes relatives au traitement des appels par le centre de régulation examinées depuis 2015 par la commission des usagers²⁷. Celles-ci débouchent sur l'écoute par le responsable du service de plusieurs appels enregistrés relatifs aux prises en charge, qui font état des comportements inadaptés de certains assistants de régulation médicale.

²³ Restitution des travaux de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (11 juin 2008).

²⁴ Travail qui visait à objectiver la charge de travail des trois différents postes de travail d'un centre 15, et de rapprocher la charge de travail des ressources disponibles, et d'aboutir sur cette base à une modélisation de la répartition des effectifs.

²⁵ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier

²⁶ Taux d'accueil (taux de décroché pour les appels non abandonnés au bout de 15 secondes) et indicateur de « qualité » de service (« QS60s »), portant sur le taux d'appels décrochés en moins d'une minute, dont l'évolution est présentée en Annexe 3.

²⁷ Ces sujets ont été abordés au cours de plusieurs sessions successives de la Commissions des usagers :

- le 9 septembre 2015 (courrier au Responsable de service du SAMU pour lui demander de rappeler à son équipe l'importance de l'écoute attentive du décodage des symptômes par les familles et de rester vigilant quant aux réflexes du diagnostic préétabli) ;

- le 15 mars 2016 (courrier adressé au Responsable de service du SAMU pour lui demander d'éclairer la Commission sur les moyens mis en œuvre pour homogénéiser les réponses des régulateurs (staff, étude de cas...) et savoir quelles sont les formations dispensées aux régulateurs ayant trait aux attitudes à adopter lors d'entretiens téléphoniques avec des personnes angoissées) ;

- le 31 mai 2016 (courrier de demande de rencontre au Responsable de service du SAMU afin d'évoquer les pistes possibles pour améliorer les réponses des régulateurs) ;

- Le responsable du service du Samu évoque un certain nombre de constatations récurrentes lors de l'écoute de ces enregistrements : « *des modalités de prise d'appel très disparates, une absence de continuité entre la prise d'appel ARM et le médecin régulateur, la mise en cause de la bonne foi de la pertinence de l'appelant, le report de la charge de la preuve sur l'appelant, un manque d'empathie, des paroles non professionnelles (...), des régulations qui se terminent en laissant l'appelant dans le doute* ». Il est rappelé que « *ces constatations ne peuvent rester en l'état et nécessitent la poursuite des améliorations au bénéfice de tous* » (message au service en date du 25 juillet 2017) ;
- Ce diagnostic est confirmé lors de l'observation des professionnels en situation réalisée dans le cadre de la formation aux outils d'aide à la communication en régulation en novembre 2017, qui (si elle juge globalement satisfaisante la gestion des appelants) relève « *une grande diversité des pratiques des différents professionnels et la persistance de pratiques non conformes aux consensus propres à tous les SAMU et aux directives locales* »²⁸ et des « *protocoles ARM sont insuffisants, trop peu connus et insuffisamment respectés* ». L'existence d'un tel diagnostic, davantage encore que son contenu, est significatif d'une prise de conscience de l'importance de la qualité et de la sécurité de la réponse apportée à l'appelant.

[170] En conséquence de cette analyse, un travail structuré sur la démarche qualité est initié courant 2017, avec l'appui de la direction de la qualité et de la relation avec les usagers. Ce travail débouche sur la création d'un pôle fonctionnel qualité piloté par deux coordonnateurs qui représentent le SAMU lors des réunions qualité organisées par le pôle, en lien avec un ingénieur-qualité.

[171] L'ensemble de cette démarche, décrite comme « inédite » par certains des interlocuteurs de la mission, a été présentée devant la Commission des usagers (CDU) le 12 décembre 2017. Il y est relevé la nécessité d'apporter une attention particulière à sécuriser les procédures qui s'attachent à la régulation. Il y est notamment rappelé qu'il s'agit d'« *un acte à haut risque réalisé à distance, dans un contexte de forte inquiétude (...), dépendant de ressources externes* », fortement exposé aux biais de raisonnement et à un risque de distanciation ou de « *virtualisation* » de la personne au bout du fil.

-
- le 23 août 2016 (courrier au Responsable du SAMU afin de lui renouveler son invitation à une prochaine séance restreinte afin d'évoquer les pistes possibles d'amélioration à l'appui de l'analyse circonstanciée des réclamations) ;
 - le 6 septembre 2016 (courrier au Responsable du SAMU en vue de préparer une présentation en Commission des difficultés des régulateurs face aux demandes des usagers et des moyens mis en œuvre par le SAMU pour aider les régulateurs à faire face à ces difficultés) ;
 - le 16 mai 2017 (courrier au responsable de service du SAMU pour demander la mise en place d'actions d'amélioration afin d'éviter que les distorsions entre les symptômes décrits par téléphone et les constatations médicales sur place engendrent un dysfonctionnement dans la prise en charge), suivie d'une réponse du responsable du service en date du 7 juillet 2017.
 - en date du 4 juillet 2017 (invitation à la séance plénière du 12 décembre 2017).

²⁸ « *Les médecins régulateurs nous paraissent être les principaux responsables de ce fait (il existe des pratiques « déviantes » enkystées) bien que l'affirmation de l'ARM pourrait palier ces travers (« refus de régulation, de décision avant régulation médicale, de délivrance de conseil protocolisé en cas d'urgence absolue ou de pathologie simple ou bénigne »). Compte-rendu du 20 novembre 2017.*

3.2.3 Cette préoccupation a été progressivement prise en compte dans les organisations de travail

3.2.3.1 Une mise à jour progressive des procédures mais qui n'a pas été assez priorisée

[172] Parmi les actions entreprises à l'appui de la démarche qualité, figure la mise à jour progressive des procédures utilisées pour la régulation des appels, et un travail d'actualisation et d'enrichissement des protocoles, raccourcis et centrés sur chacune des différentes phases de la régulation (la prise d'appel par l'assistant de régulation médicale, l'interrogatoire médical, la gestion de la décision, la saisie du bilan)²⁹.

[173] Sur le fond, un certain nombre de procédures ont d'ores et déjà été revues dans le sens d'une clarification des responsabilités entre assistant de régulation médicale et médecin régulateur et d'une sécurisation des procédures.

[174] L'exemple le plus significatif concerne le renforcement progressif de la réglementation concernant les douleurs abdominales (*cf. supra 2.1.2.*) suite à la procédure disciplinaire engagée après deux cas d'appels non régulés médicalement en 2009.

[175] Toutefois, cette démarche n'a pas priorisé la révision de la procédure de régulation générale, pourtant centrale dans le fonctionnement quotidien de la régulation médicale.

3.2.3.2 Une relance des actions de formation

[176] Le constat d'une forte diversité des pratiques professionnelles a débouché sur le développement de certaines actions de formation continue. Une formation spécifique sur la communication en service de régulation médicale au SAMU- Centre 15 a été mise en place depuis 2013 pour les ARM et les médecins régulateurs, visant notamment à mieux gérer les relations difficiles liées à l'appelant ou au contexte. Cette formation s'était arrêtée en 2015 et 2016 pour être réactivée en 2017 à l'initiative du responsable de service³⁰.

[177] Au-delà de la connaissance formelle des procédures, ces modules incluent l'utilisation et la maîtrise des techniques de communication à distance au décroché de l'appel (écoute active, reformulation avec les propres termes de l'appelant, vocabulaire adapté sans jugement de valeur, exclusion des idées préconçues et toute interprétation, neutralité et empathie).

[178] En écho à ces différentes formations, un rappel du responsable de service a encore eu lieu début mars 2018, à travers un message aux opérateurs dans lequel il rappelle que le service est de plus en plus souvent sollicité par les patients ou les ayants droits pour fournir des enregistrements de conversations téléphoniques. Il indique que « *ces enregistrements montrent parfois des conversations qui ne sont pas menées de la meilleure façon : ton inadapté, expression et commentaires inappropriés* ». Il encourage en conséquence à respecter des « *règles de grand professionnalisme au risque de (se) mettre en difficulté* ».

²⁹ Qui correspondent chacune à un écran d'affichage dans le logiciel Centaure.

³⁰ Parmi les actions entreprises, la mission relève également l'organisation de stages au SMUR à destination des assistants de régulation médicale, la création de formations mensuelles ciblées sur un thème spécifique et ouvertes à l'ensemble des personnels, ou encore les séances d'apprentissage du raisonnement clinique, à travers la reconstruction sous la forme de cas cliniques, de situations vécues en régulation ou en SMUR.

3.2.3.3 Le développement des contrôles et des retours d'expérience pour vérifier la conformité des pratiques

[179] Parmi les actions mises en place, figure enfin le développement de contrôles aléatoires de dossiers de régulation. Ces contrôles consistent en un examen formel de la tenue des dossiers³¹, et ne visent pas à ré-instruire au fond une décision de régulation ou le choix d'un moyen opérationnel.

[180] A échéance plus espacée mais de manière plus approfondie, la conformité des pratiques est vérifiée à travers la tenue de comités pluriprofessionnels de retour d'expérience (CREX) trimestriels, ouverts à l'ensemble des professionnels du SAMU (*voir encadré*).

Encadré 2 : Les comités pluriprofessionnels de retour d'expérience (CREX)

Ces comités, dont l'existence au sein du SAMU 67 est très récente (le premier s'est tenu en décembre 2017 et le deuxième en mars), constituent un moment d'analyse collective approfondie des événements indésirables. Ils viennent nourrir une dynamique d'amélioration continue des pratiques :

- 1- L'examen des dossiers est effectué sur la base d'une sélection de dossiers identifiés comme « à risques » (exemple : dossier présentant une évolution médicale défavorable, dossier associant des interlocuteurs extérieurs avec des risques de perte d'information en ligne, etc)
- 2- Cet examen débouche sur des actions d'amélioration continue : la tenue du dernier CREX a ainsi conduit au rappel à l'ensemble des partenaires du SAMU de certaines règles de transmission d'information en cas d'évolution clinique défavorable, et à une refonte du protocole de régulation des appels initiaux ;
- 3- Ces instances, qui sont ouvertes à l'ensemble des professionnels du service, font ensuite l'objet d'un retour d'information vers les équipes.

Ces instances sont par ailleurs l'occasion de rappeler l'application de signalement et de traitement des événements indésirables disponible sous l'intranet des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS). Il est prévu qu'ils débouchent sur un bilan annuel d'activité envoyé à la direction qualité pour le suivi des démarches de retour d'expérience.

Source : *Mission*

3.2.4 Toutefois, le contrôle interne ne prend pas encore suffisamment en compte les risques liés à l'absence de régulation médicale

[181] Les risques associés à l'absence de régulation médicale de certains appels demeurent encore insuffisamment pris en compte. Les contrôles ainsi que les procédures d'analyse collective mises en place ne priorisent pas ce type de situation.

3.2.4.1 Des contrôles et des retours d'expérience qui ne priorisent pas ce type de situation

[182] Les contrôles mis en place depuis quelques mois se fondent sur un tirage au sort dans le logiciel Centaure de dossiers ayant donné lieu à l'envoi d'un SMUR. Les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une régulation médicale (par exemple, ceux qui sont renseignés sur l'écran de prise d'appel avec les motifs « renseignements », « demande du médecin de garde », « conseil d'appeler la PDSA ») ne rentrent pas dans le champ de ces contrôles.

³¹ Concordance dossiers Centaure, feuille de bilan SMUR, feuille administrative.

[183] S'agissant des dossiers analysés en CREX, les incidents associés à l'envoi d'un moyen inapproprié ou à l'intervention défailante d'un tiers semblent globalement mieux identifiés que les risques associés à un défaut de qualification de la gravité ou à une absence de régulation médicale.

[184] Les risques associés à l'absence de régulation médicale de certains appels demeurent un « impensé », dans une culture très centrée sur l'optimisation de la gestion des ressources médicales.

[185] Un contrôle ciblé pourrait être mis en place incluant notamment les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une régulation médicale³².

[186] Dans un message du 25 avril à la direction de la qualité, le responsable de service du SAMU a fait part de son souhait de développer les écoutes d'appels enregistrés à des fins de formation ou d'évaluation. Il a sollicité une expertise sur les aspects juridiques, réglementaires, institutionnels et sur la méthode à mettre en œuvre pour rendre cette utilisation possible dans le respect des opérateurs et à des fins d'amélioration de la qualité. Il est indispensable de poursuivre cette démarche.

Cette approche d'écoutes des appels enregistrés pourrait contribuer à améliorer les pratiques. Un tri aléatoire sur une courte période d'écoute pourrait être mis en place incluant notamment les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une régulation médicale³³.

Recommandation n°9 : Systématiser les écoutes de régulation périodiques

3.2.4.2 Des échanges en routine sur les cas complexes qui restent rares

[187] En l'absence de réunions instituées entre assistants de régulation médicale et médecins régulateurs, au-delà des réunions de service trimestrielles, et en l'absence de participation des ARM aux staffs médicaux, il n'existe que peu d'enceintes permettant un échange sur les cas complexes ayant trait à la régulation médicale, et sur les divergences éventuelles pouvant exister dans l'interprétation des procédures. Or ces cas sont relevés comme nombreux par les équipes.

[188] La synthèse des observations d'activité réalisée par le médecin de santé et de sécurité au travail³⁴ relève ainsi l'absence de « *temps dédiés pour reprendre les situations complexes vécues dans la journée d'activité, réguler et harmoniser les pratiques* »³⁵, ainsi qu'un fort besoin de réassurance des assistants de régulation médicale par rapport à la bonne gestion de l'appel.

[189] Les démarches qualité évoquées plus haut ont montré qu'elles ne constituaient qu'un « garde-fou » très relatif, si elles ne sont pas correctement appropriées par les équipes. La réflexion sur les procédures est inséparable d'une approche plus globale faisant de la qualité du traitement de l'appel une préoccupation partagée.

[190] A cet égard, il pourrait notamment être envisagé de renforcer le rôle des superviseurs en tant que garants de la qualité de la réponse, ou encore de développer les échanges en routine entre

³² Par exemple, les appels qui sont classés sur l'écran de prise d'appel les motifs « renseignements », « demande du médecin de garde », « conseil d'appeler la PDSA ».

³³ Par exemple, les appels qui sont classés sur l'écran de prise d'appel les motifs « renseignements », « demande du médecin de garde », « conseil d'appeler la PDSA ».

³⁴ Un travail d'évaluation des risques psycho-sociaux des agents du centre d'appel a été conduit par le service de santé et de sécurité au travail des personnels hospitaliers, sur la base de trois journées d'observations et d'un questionnaire anonyme sur les facteurs de risques psychosociaux. Ce travail a été mené en réponse à une demande d'appui aux personnels paramédicaux formulée par le responsable de service en octobre 2017 auprès de la médecine du travail. Il doit déboucher sur des propositions de plan d'action de la part des personnels.

³⁵ PV d'observation en date de mars 2018.

ARM et médecins régulateurs sur les incidents et difficultés rencontrées, afin de limiter les « non-dits » et les consignes de régulation non conformes.

3.3 Les données du SAMU concernant les admissions directes dans le cadre de filières rapides et des arrêts cardiaques méritent d'être prises en compte

[191] La mission a souhaité disposer de données chiffrées permettant de rendre compte globalement de l'activité du SAMU de Strasbourg en termes de qualité de prise en charge.

[192] Elle a ainsi demandé les données de l'année 2017³⁶ sur des filières « rapides » de prise en charge qui peuvent être organisées grâce au travail de régulation médicale effectué par le SAMU. Il s'agit de patients pour lesquels le diagnostic porté par le médecin régulateur permet une admission directe dans le service spécialisé sans passage par un service d'urgence. Ces admissions directes constituent un facteur majeur de qualité de prise en charge des patients pour ces pathologies où un délai de prise en charge rapide améliore le pronostic des patients. La requête a été effectuée sur la base de données informatisées Centaure 15 des patients régulés par le SAMU³⁷.

[193] A titre d'illustration, la mission a retenu :

- les admissions directes dans un service de réanimation ;
- les admissions directes en cardiologie dont les prises en charge unités de soins intensifs en cardiologie (USIC), salles de coronarographie et chirurgie.

[194] Ces admissions visent le plus souvent des patients présentant un Syndrome coronarien aigu (SCA) ;

- les admissions directes pour une Imagerie par résonance magnétique (IRM) après validation par l'astreinte de l'unité neuro-vasculaire dans le cadre de la filière de prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- les patients traumatisés graves nécessitant une prise en charge en neurochirurgie.

³⁶ Source : Extraction issue du logiciel Centaure

³⁷ Détail de la requête : pour les services de réanimation : année 2017 - type de service toutes les réanimations : médicales, chirurgicales polyvalente - interventions primaires ; pour la cardiologie critères de recherche : année 2017, type de service CARD, interventions primaires ; pour les AVC : année 2017, admission en IRM à l'hôpital de Hautepierre, interventions primaires ; pour traumatisés graves, neurochirurgie : année 2017, SAUV de l'hôpital de Hautepierre (Trauma level 1), interventions primaires.

[195] Le tableau ci-dessous présente les données du SAMU de Strasbourg pour l'année 2017.

Tableau 2 : Nombre de patients pris en charge par une filière rapide grâce à la régulation effectuée par le SAMU 67 en 2017

	Nombre de patients admis directement après régulation par le SAMU
Service de réanimation	765
Service de cardiologie dont les prises en charge unités de soins intensifs en cardiologie (USIC), salles de coronarographie et chirurgie	1000
Imagerie par résonance magnétique (IRM) après validation par l'astreinte de l'unité neuro-vasculaire dans le cadre de la filière de prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC)	899
Prise en charge en neurochirurgie	272

Source : extraction dossier Centaure, SAMU 67

[196] La mission a également demandé au SAMU 67 une extraction du registre électronique des Arrêts Cardiaques (RéAC). Ce registre national est basé sur le recueil exhaustif des arrêts cardiaques pris en charge sur l'ensemble du territoire français par les 286 SMUR et 94 SAMU qui y collaborent, dont le SAMU de Strasbourg³⁸.

[197] Les arrêts cardiaques réanimés le sont par les SMUR dont l'envoi est décidé par la régulation médicale des SAMU.

[198] Le tableau ci-dessous présente le nombre d'arrêts cardiaques et leur devenir pour ce qui concerne le SMUR 67 et l'ensemble des participants au Réac.

Tableau 3 : Arrêts cardiaques pris en charge par le SMUR 67 et par l'ensemble des participants au Réac

	Données REéAC 2017 SAMU 2017	Données totales REéAC 2017
Nombres d'ACR recensés par le SMUR	339	13 909
ACR réanimés par le SMUR	80 %	64 %
ACR vivants après réanimation par le SMUR	40 %	26 %
ACR admis en coronarographie	37 %	28 %
ACR réanimés ayant récupérés une activité normale sans aucune séquelle	6 %	4 %

Source : Données fournies par le SAMU 67 dans le cadre de sa participation au registre RéAC.

[199] Les chiffres nationaux ne sont donnés qu'à titre indicatif, ils ne peuvent servir d'éléments de jugement compte tenu de la variabilité des situations rencontrées. La mission a néanmoins décidé de les faire figurer pour montrer que le SAMU de Strasbourg ne se situe pas du tout dans des ordres de grandeur qui pourraient les faire s'interroger sur leurs pratiques, en termes négatifs.

³⁸ Site <http://www.registreac.org>

CONCLUSION

[200] S'agissant des délais de prise en charge de la patiente, le non-respect de la procédure interne de régulation par l'ARM, à deux reprises, a conduit à un retard de prise en charge adaptée de 2h19. Seule une expertise clinique permettrait de mesurer la perte de chance afférente à ce délai.

[201] La prise en charge de l'appel passé à 13h47 concernant Madame Naomi Musenga, puis l'intervention du SMUR et la prise en charge de la patiente par le service de réanimation chirurgicale polyvalente n'appellent pas d'observation.

[202] L'accompagnement des proches pendant la veille du corps de la défunte s'est fait dans des conditions conformes aux bonnes pratiques. La décision de faire réaliser une autopsie a été prise après échange avec la famille. L'autopsie a été réalisée dans des délais compatibles avec la recherche d'un diagnostic visant à éclairer les causes du décès.

[203] La transmission des appels enregistrés n'a pas été assortie d'une proposition d'accompagnement. Cet accompagnement était indispensable compte tenu de l'immense choc que pouvait constituer cette écoute.

[204] La mission a en outre relevé le caractère incomplet des transmissions réalisées.

[205] Le décès de Madame Naomi Musenga n'a pas donné lieu à la déclaration formelle d'un évènement indésirable grave, alors que les éléments de qualification étaient réunis : décès et élément avéré suggérant un retard de prise en charge. Cette information avait toutefois été partagée d'une manière qui exclut toute volonté de dissimuler l'évènement et ses conséquences.

[206] La procédure de régulation entre ARM et régulation médicale n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques et source de risque pour les patients, et a fait l'objet d'une demande immédiate de correction de la mission au SAMU.

[207] Par ailleurs, s'agissant de l'accueil matériel de la famille dans le service de réanimation, l'absence de salle dédiée pour recevoir les familles a empêché l'annonce du décès dans des conditions satisfaisantes.

[208] Les préconisations qui précèdent sont pour la plupart d'application immédiate ou rapide et visent à prévenir la survenue d'un drame analogue à celui du 29 décembre 2017.

[209] Conjuguées les unes aux autres, ces mesures visent à construire un dispositif mieux maîtrisé en matière de régulation de l'appel, sans couvrir totalement les risques dès lors que la régulation médicale repose, en pratique, très largement sur les comportements individuels.

[210] Ces recommandations sont formulées à réglementation constante.

[211] Des travaux complémentaires seront conduits par la mission en s'appuyant sur les pratiques de plusieurs SAMU dans une logique d'aide à l'amélioration des prises en charge, en lien avec les acteurs concernés. Ils feront l'objet d'un deuxième rapport.

[212] La question de la professionnalisation des métiers de la régulation, d'une meilleure planification des ressources, notamment médicales, ou encore des évolutions techniques susceptibles de rendre possibles l'adaptation de nouvelles pratiques au sein des centres de régulation médicale, pourront notamment y être évoquées.

Dr. Anne-Carole BENSADON

Juliette ROGER

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Prévoir une salle pour que les membres du service de réanimation puissent recevoir les familles.			
2	Accepter la démission du responsable du service du SAMU et procéder au recrutement correspondant.			
3	Clarifier la répartition des rôles en matière de déclaration des événements indésirables.			
4	Déclarer au niveau de l'établissement tous les événements indésirables graves, y compris ceux faisant déjà l'objet d'une plainte ou d'une procédure judiciaire.			
5	Mettre en place une revue mensuelle des événements indésirables en vue d'améliorer les pratiques.			
6	Mettre en place au SAMU de Strasbourg une formation aux bonnes pratiques de régulation des ARM centrée sur l'explicitation des notions de PDSA et de médecin régulateur prévues par la réglementation.			
7	Renforcer la centralisation du traitement des événements indésirables au sein du pôle qualité			
8	Elaborer sans délai d'un plan d'action garantissant la qualité de la régulation et incluant notamment une analyse organisationnelle.			
9	Systematiser les écoutes de régulation périodiques			

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DU DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 9 mai 2018

D-18-012394

NOTE

A l'attention de
Madame Nathalie DESTAIS,
Cheffe de service de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Enquête sur les circonstances ayant conduit au décès le 29 décembre 2017 d'une jeune femme à Strasbourg au SAMU 67.

Le 29 décembre 2017, une jeune femme de 22 ans, appelait le SAMU 67 au CHU de Strasbourg pour des douleurs abdominales, elle n'a été prise en charge que tardivement par une équipe médicale et décédait quelques heures après son transfert en Réanimation. Les premiers éléments disponibles indiquent que la prise en charge de la patiente a dû être différée, elle a ainsi été invitée à contacter elle-même SOS Médecins. C'est ainsi le médecin libéral qui a recontacté le SAMU pour une prise en charge urgente. La retranscription dans la presse des échanges entre la jeune femme et le SAMU interroge sur la qualité de la prise en charge de l'appel et l'organisation de la régulation médicale. Par ailleurs, il semble qu'aucun EIG n'ait été transmis sur le moment à l'ARS Grand Est, l'ARS n'ayant été informée que bien plus tardivement.

Assurer la qualité de la prise en charge en urgence de la population constitue une priorité de mon action et engage la responsabilité des pouvoirs publics. Les services d'aide médicale urgente sont un service essentiel de la prise en charge pré-hospitalière des urgences, dans l'immense majorité des cas ils assurent avec grande efficacité et professionnalisme leur mission.

Ainsi, je vous remercie de bien vouloir diligenter une mission d'enquête au SAMU 67 sur les circonstances qui ont conduit au décès de cette jeune femme le 29 décembre 2017.

.../...

L'enquête visera en particulier, sans exclusivité, à analyser :

- l'organisation de la régulation de l'appel afin de savoir si les procédures internes ont été respectées. La HAS en 2011 a établi des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge d'un appel dans le cadre de la régulation médicale. Plus généralement, la mission examinera les procédures mises en place au sein du SAMU afin de faire respecter les bonnes pratiques.
- Les délais dans le signalement de ce drame survenu en décembre 2017, alors même que, tout évènement dramatique en lien avec le soin aboutissant à un décès non explicité ou une perte de chance doit faire l'objet d'une déclaration de l'établissement de santé auprès de l'ARS.

Au regard des constats effectués, la mission me rendra son analyse et formulera des recommandations d'amélioration qui au-delà du cas particulier du SAMU 67 pourront être généralisables.

Pour les besoins de la mission, l'IGAS recevra l'appui de la Direction générale de l'offre de soins.

La mission me remettra un point d'étape dans un délai d'un mois. Les conclusions définitives me seront remises dans les deux mois suivants.



Agnès BUZYN

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES³⁹

Père, mère et frère de Madame Naomi Musenga (en présence de leur conseil et du représentant du collectif « Justice pour Naomi »)

Membres des Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Directeur général de l'établissement

Président de la Commission médicale d'établissement

Vice-président de la Commission médicale d'établissement

Présidente de la commission des usagers

Chef de pôle Anesthésie-réanimation SAMU-SMUR

Responsable de service du SAMU-SMUR

Adjoint au responsable de service du SAMU-SMUR

Médecin coordinatrice Encadrement recherche qualité

Médecin coordinatrice CRRA

Médecins régulateurs du SAMU-

Médecins du SMUR

Cadre supérieure de santé, réanimation chirurgicale polyvalente du Nouvel hôpital civil et SAMU-SMUR

Cadre de santé du SAMU-SMUR

Assistants de régulation médicale superviseurs

Assistants de régulation médicale (ARM)

Chef de projet informatique SAMU

Technicien CRIH - référent SAMU

Ambulanciers en charge du transport du corps

Responsable du service réanimation chirurgicale polyvalente du Nouvel hôpital civil

Praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur, service de réanimation polyvalente du Nouvel hôpital civil

Responsable du service d'anatomopathologie

Praticien hospitalier, service d'anatomo-pathologie

Agent mortuaire du Nouvel hôpital civil

Agents de la chambre funéraire de l'hôpital de Hautepierre

Médecin du Service de Santé au Travail du Personnel Hospitalier

Psychologue du travail du Service de Santé au Travail du Personnel Hospitalier

Directrice qualité, gestion des risques et relations avec les usagers

Directrice des Ressources Humaines adjointe

³⁹Dans certains cas, l'échange a eu lieu par téléphone.

Ingénieur qualité

SOS Médecins

Président de SOS Médecins à Strasbourg

Médecin de SOS en charge de l'intervention chez la patiente

Agence régionale de santé (ARS) Grand Est

Directrice générale déléguée Est

Déléguée territoriale du Bas Rhin

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Cheffe du bureau R2, sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Experts, Sociétés savantes

Présidente de la Société française de médecine d'urgence

Membre de la Société française de pathologie

ANNEXE 1 :

EFFECTIFS-CIBLES PAR ACTIVITE ET PAR TRANCHE HORAIRE

Effectifs médicaux et paramédicaux quotidiens par plage de travail et activité																														
				Lundi au vendredi																										
		Jour		Nuit		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
Effectifs paramédicaux SAMU	ARM Gestion des appels	7h30-19h30		19h30-7h30		Jour: 3 ARM												Nuit: 3 ARM												
	ARM gestion des moyens	9h-21h				Jour: 2																								
	ARM superviseurs	7h30-19h30				Jour: 1																								
		11h-23h00				Jour: 1																								
	Poste PDS			19h30-1h														nuit: 1												
Effectifs médicaux SAMU-SMUR	médecin SMUR	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 4				AM: 4				nuit : 4 (garde)																
	médecin régulation SAMU	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 2				AM: 2				nuit : 2 (garde)																
	médecin DSM*	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 1				AM: 1				nuit : 1 (astreinte)																
	hélico**	8h30-12h30	12h30-18h30			matin: 1				AM: 1				astreinte																
				Samedi																										
		Jour		Nuit		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
Effectifs paramédicaux SAMU	ARM Gestion des appels	7h30-19h30		19h30-7h30		Jour: 3												Nuit: 3												
	ARM gestion des moyens	9h-21h				Jour: 2																								
	ARM superviseurs	7h30-19h30				Jour: 1																								
		11h-23h00				Jour: 1																								
	Poste PDS (gestion appels et dossiers)	13h-1h				Jour: 2																								
Effectifs médicaux SAMU-SMUR	médecin SMUR	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 4				AM: 4				nuit : 4 (garde)																
	médecin régulation SAMU	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 2				AM: 2				nuit : 2 (garde)																
	médecin DSM*	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 1				AM: 1				nuit : 1 (astreinte)																
	hélico**	8h30-12h30	12h30-18h30			matin: 1				AM: 1				astreinte																
				Dimanche																										
		Jour		Nuit		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
Effectifs paramédicaux SAMU	ARM Gestion des appels	7h30-19h30		19h30-7h30		Jour: 3												Nuit: 3												
	ARM gestion des moyens	9h-21h				Jour: 2																								
	ARM superviseurs	7h30-19h30				Jour: 1																								
		11h-23h00				Jour: 1																								
	Poste PDS	7h30-19h30		19h30-1h		Jour: 2												nuit: 1												
Effectifs médicaux SAMU-SMUR	médecin SMUR	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 4				AM: 4				nuit : 4 (garde)																
	médecin régulation SAMU	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 2				AM: 2				nuit : 2 (garde)																
	médecin DSM*	7h30-12h30	12h30-17h30	17h30-7h30		matin: 1				AM: 1				nuit : 1 (astreinte)																
	hélico**	8h30-12h30	12h30-18h30			matin: 1				AM: 1				astreinte																

Source : SAMU 67

ANNEXE 2 :

RAPPEL DES DIFFERENTES FONCTIONS AU SEIN DU CENTRE DE REGULATION

[213] Les activités de l'assistant de régulation médicale (ARM) se décomposent selon leurs fiches de postes⁴⁰ en trois volets :

- La gestion des appels, incluant les tâches suivantes : réception de l'appel, ouverture d'un dossier informatique pour chaque demande traitée incluant les coordonnées du patient et des informations pertinentes concernant le motif de l'appel, analyse du degré de gravité et orientation de l'appel (transmission à un médecin régulateur, engagement avant régulation des moyens de secours adéquats dans le cadre d'une urgence vitale, ou réponse à une demande de renseignements) ;
- La gestion des moyens, qui consiste aux termes de la fiche de poste : à prendre connaissance des disponibilités des véhicules et des équipes de secours, envoi de façon optimale des moyens de secours médicaux ou non médicaux, saisie des décisions mises en œuvre, contact avec les équipes en mission, clôture du dossier médical ;
- La prise de bilan : saisie dans le logiciel Centaure d'une partie des bilans des intervenants envoyés par le centre 15 dans les cas suivants. Cette activité est réservée aux ARM ayant une ancienneté de plus de un an dans le service et ayant été formés à la prise de bilan.

[214] En retrait de l'activité de régulation, les ARM superviseurs assurent le management en temps réel de la salle de régulation et des flux d'appels. Le rôle de ce « superviseur de salle », réel gestionnaire de flux, est d'adapter l'organisation en continu à la variation d'appels pour désengorger les files d'attente et fluidifier la régulation. Il est par ailleurs précisé que les superviseurs constituent une ressource en termes de connaissance et d'expérience professionnelle. Leur fiche de poste inclut des interventions en appui d'un ARM confronté à la gestion d'un appel difficile ou conflictuel, le rappel des règles de bonnes pratiques de régulation ou encore le recensement d'incidents éventuels. Ce poste est distinct de celui du cadre de santé qui occupe une fonction hiérarchique d'animation de l'équipe des ARM.

⁴⁰ Fiches de poste de février 2017.

ANNEXE 3 :

ANALYSE DES INDICATEURS D'ACTIVITE

Le service assure le suivi en temps réel d'indicateurs portant sur l'activité téléphonique, notamment :

- un indicateur de délai moyen de décroché ;
- un indicateur portant sur le taux d'accueil (taux de décroché pour les appels non abandonnés au bout de 15 secondes)
- un indicateur standard de qualité de service (« QS60s ») portant sur le taux d'appels décrochés en moins d'une minute.

L'analyse des indicateurs montre une relative stabilité dans le temps de chacun de ces indicateurs à des niveaux proches des valeurs cibles (99 %) définies par la SFMU :

Canal	Appels présentés	Appels abandonnés < 15 sec	Appels décrochés	Appels décrochés < 60 Sec	Taux d'accueil	Qualité de service QS60
2017						
112	112 942	58 817	48 208	45 938	89,07 %	95,29 %
15	418 573	40 479	361 389	321 855	95,58 %	89,06 %
PDSA	41 440	1 463	38 131	30 366	95,38 %	79,64 %
2016						
112	115 310	58 189	51 654	49 797	90,43 %	96,40 %
15	411 713	44 529	352 273	320 778	95,94 %	91,06 %
PDSA	43 516	1 415	40 499	32 992	96,19 %	81,46 %
2015						
112	124 844	60 548	58 510	56 273	91,00 %	96,18 %
15	414 564	48 480	350 295	318 753	95,69 %	91,00 %
PDSA	41 323	1 354	38 601	32 238	96,58 %	83,52 %
2014						
112	176 966	84 132	86 483	83 891	93,16 %	97,00 %
15	407 822	49 415	344 654	320 025	96,16 %	92,85 %
PDSA	42 984	2 210	38 514	33 296	94,46 %	86,45 %

Source : Extraction SAMU 67

ANNEXE 4 :

REPARTITION DES APPELS REÇUS PAR MOTIF

	2013	2014	2015	2016	2017
DRM C15	107 752	105 594	109 025	109 786	117 326
DRM PDSA	47 256	54 414	54 076	54 044	54 012
Dossiers déjà en cours	42 654	37 266	34 817	30 233	37 476
Faux appels	77 499	53 940	39 358	32 551	36 039
Renseignements	23 047	23 253	27 768	31 913	32 376
Demande du médecin de garde	10 490	9 891	9 816	9 797	10 301
Demande de la pharmacie de garde	2 821	2 290	2 036	1 626	1 440
Conseil d'appeler la PDSA	6 453	6 053	6 888	6 903	5 971
Demandes de transfert	5 694	5 614	5 657	5 963	5 906
112 pour Police	2 755	2 676	2 686	3 331	3 563
112 pour Pompiers	829	962	1 199	1 667	1 730

Source : SAMU 67

**REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DES
HOPITAUX UNVERSITAIRES DE
STRASBOURG**



Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG

Strasbourg, le 8 juin 2018

A l'attention de **Mme Nathalie DESTAIS**
Cheffe

Le Directeur Général

Inspection Générale des Affaires sociales
39-43 quai André Citroën
75015 PARIS

Madame la Cheffe de l'Inspection générale des Affaires sociales,

J'ai bien reçu votre courrier électronique du mardi 5 juin 2018, par lequel vous me communiquez le rapport provisoire de la mission que l'Inspection Générale des Affaires sociales a réalisée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

En retour, la lecture du rapport m'amène à formuler les deux observations suivantes :

- **Page 30 § 157** : Il est précisé que « dans son rapport de certification de janvier 2018, la Haute Autorité de Santé a formulé une réserve au sujet de l'organisation mise en place en matière de traitement des événements indésirables aux HUS ». Le terme de « réserve », qui revêt un sens particulier pour la Haute Autorité de santé, n'est pas adapté ici. En effet, lors de sa visite de septembre 2017, la Haute Autorité de Santé a identifié une **non-conformité** relative à la cohabitation de plusieurs circuits de signalement des EI aux HUS. Cette non-conformité n'a pas donné lieu à une décision dans le rapport de la HAS de janvier 2018.
- **Page 25 § 127 alinéa 3** : Le responsable du SAMU souhaite préciser que l'enregistrement de l'appel réceptionné par le SAMU n'a pas été transmis au responsable du centre de transfert des alertes (CTA) du SDIS. Le responsable du service du SAMU a bien adressé le 4 avril un message d'information au responsable du CTA mais il précise que l'enregistrement lui-même n'était pas joint au mail.

En dehors de ces remarques, le rapport n'appelle aucune autre observation.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg prennent acte des conclusions de la mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et s'engagent à mettre en œuvre les recommandations formulées.

Je vous prie de croire, Madame la Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gautier', with a large, sweeping underline that extends to the left and then curves back under the name.

Christophe GAUTIER

OBSERVATIONS DE LA MISSION

Observations de la mission à la réponse du directeur général des Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Paragraphe 157 : Le rapport a été modifié en ce sens.

Paragraphe 127 alinéa 3 : Le rapport a été modifié en ce sens.

Autres observations de la mission

L'assistante de régulation médicale n'a pas formulé d'observations à l'IGAS à la date prévue pour la transmission de celles-ci, dans le cadre de la procédure contradictoire.

SIGLES UTILISES

AMU : Aide médicale urgente

ARM : assistant(e) de régulation médicale

CTA : Centre de traitement des alertes

CRRA : Centre de réception et de régulation et appels

HAS : Haute autorité de santé

MEAH : Mission d'évaluation et d'audit hospitalier

MR : Médecin régulateur

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SFP : Société française de pathologie

VLM : Véhicule léger médicalisé