

Contrôle à la suite du décès d'un patient à l'hôpital d'Hyères

SEPTEMBRE 2024

2024-024R

• **RAPPORT DEFINITIF**

Dr Sylvie
Baqué

Thierry
Paux

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec la participation du Dr **Nicole Bohic**



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission datée du 21 février 2024, la ministre du travail, de la santé et des solidarités a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission de contrôle sur les circonstances du décès d'un patient au centre hospitalier de Hyères (CHH) le 1^{er} octobre 2023. Les objectifs de la mission sont de mettre à jour l'enchaînement des événements jusqu'au décès du patient au sein du service des urgences, d'identifier les éventuels dysfonctionnements et les mesures correctrices qui s'avèreraient utiles pour prévenir d'autres événements similaires au sein de l'établissement, mais aussi de tirer les éventuels enseignements nationaux de l'analyse de cette prise en charge. La mission n'a pas pour objectif de rechercher d'éventuelles fautes individuelles.

[2] Le présent rapport, réalisé à partir d'investigations menées sur pièces et sur place, est envoyé, dans sa version provisoire, au centre hospitalier de Hyères et à l'agence régionale de santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), pour les parties qui les concernent, en procédure contradictoire.

[3] **Le centre hospitalier de Hyères (CHH) est, depuis 2015, en direction commune avec le centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer (CHITS)**, distant d'une quinzaine de kilomètres, un directeur délégué assurant sur place la gestion de l'établissement au quotidien. Plusieurs pôles inter-établissements ont été mis en place et plusieurs services situés à Toulon sont mutualisés (ex. laboratoire, réanimation).

[4] **Le service des urgences du CHH a pris en charge 35 000 patients en 2023, activité en baisse de plus de 5 % par rapport à l'année 2022, soit une moyenne de 96 passages aux urgences par jour**, marquée par une forte saisonnalité estivale. L'activité de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), adossée au service des urgences, est dynamique, dépassant en 2023 son niveau avant Covid (3,7 sorties par jour en moyenne). La maquette organisationnelle de ce service est cohérente avec les recommandations des organisations professionnelles pour ce niveau d'activité. Le nombre et la qualification des professionnels en poste le 30 septembre sont conformes à l'attendu.

[5] La mission est parvenue à reconstituer précisément la chaîne des événements, phase par phase, même si certains d'entre eux n'ont pu être horodatés avec certitude faute de traçabilité suffisante. **L'analyse de cette chronologie met en évidence des non-conformités à la réglementation et la comparaison de la prise en charge aux recommandations professionnelles et procédures de l'établissement appelle plusieurs remarques.**

[6] **Des éléments conjoncturels concourent à ces dysfonctionnements, notamment, le niveau d'activité particulièrement élevé le 30 septembre 2023.** 114 patients se sont présentés aux urgences, soit 19 % de plus que la moyenne annuelle (96 passages) et 14 % de plus que la moyenne estivale (100 passages). Sept sorties SMUR sont enregistrées le 30 septembre, soit le double du nombre moyen de sorties journalières, privant le service des ressources habituelles pour assurer son équilibre de fonctionnement et interrompant la prise en charge médicale du patient. En outre, la réorientation des patients vers d'autres services d'urgence n'est pas envisageable, les autres

établissements varois s'étant également déclarés en tension¹. La saturation des lits d'aval contribue à l'engorgement du service.

[7] A plusieurs étapes de la prise en charge, les droits du patient ne sont pas respectés :

- *droit au respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité* : Le premier examen médical se déroule dans le couloir, sans aucune intimité et sans confidentialité des échanges entre le médecin et le patient. Les soins de réanimation sont pratiqués dans une salle dont les portes sont régulièrement restées ouvertes, alors qu'un patient est installé dans le couloir juste en face.
- *respect du secret médical* : Après le décès du patient, de nombreuses connexions à son dossier médical sont recensées, émanant notamment de professionnels n'ayant pas participé à sa prise en charge². De plus, le dossier médical dans son intégralité est adressé de façon anonyme par voie postale à l'adresse du défunt.

[8] Par ailleurs, le décès du patient n'a pas donné lieu à toutes les déclarations requises aux autorités. Le signalement au titre des maladies à déclaration obligatoire est correctement effectué mais le signalement d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) n'est pas réalisé, alors que les éléments de qualification sont réunis. Cette déclaration d'EIGS interviendra secondairement à la demande de l'ARS PACA.

[9] Lors de certaines phases de la prise en charge, les délais dépassent les recommandations professionnelles ou les limites prévues par l'organisation du service. La procédure de triage initial se déroule en deux temps, la gravité étant codifiée plus d'une heure après la décision d'installation du patient dans le couloir des urgences, alors que la procédure complète doit être effectuée dans les 40 minutes après l'admission. Bien que le délai maximal de prise en charge médicale initialement déterminé par la classification de la gravité soit de 120 minutes, le premier examen médical intervient près de quatre heures après le triage initial. L'acheminement du bilan sanguin vers le laboratoire du centre hospitalier de Toulon se fait avec près d'une heure de retard par rapport au planning prévu par l'établissement.

[10] La surveillance du patient s'écarte à plusieurs reprises des recommandations professionnelles. Les procédures du service ne définissent, ni les modalités d'attribution des patients, ni les modalités de surveillance à certaines étapes de la prise en charge :

- la première réévaluation des paramètres vitaux est réalisée plus de trois heures après leur relevé initial ;
- aucun professionnel de santé n'est identifié comme responsable de ce patient pendant la phase d'attente à l'intérieur du service et aucun infirmier pendant la phase post relève des équipes.

¹ Les services d'urgence du Var sont en grande difficulté, avec des fermetures nocturnes de certains d'entre eux, ayant conduit l'ARS à financer un audit de ses services fin 2023. L'annonce, faite le 29 septembre, par l'hôpital voisin de Gassin-Saint Tropez de la fermeture systématique des urgences de 18h30 à 7h30, tous les jours du 30 septembre au 31 octobre a suscité de vives inquiétudes au sein du service des urgences du CHH.

² Une enquête interne a été diligentée par l'établissement. Un signalement au Procureur de la République et une information de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ont été réalisés.

[11] **Le protocole de service concernant la prise en charge de la douleur n'est pas appliqué.** Au niveau du triage, le niveau de douleur mesuré doit conduire à l'appel d'un médecin et à l'administration de traitements antalgiques. Par la suite, des traitements antalgiques sont administrés sans être précédés d'une évaluation de la douleur.

[12] **Le recueil et la transmission des informations entre professionnels ne sont pas complets.** Au niveau du triage toutes les informations ne sont pas recueillies. Lors de la prise en charge, les signaux d'alerte ne déclenchent pas systématiquement d'action spécifique.

[13] **La traçabilité des prescriptions et des actes n'est pas systématique.** Un examen complémentaire a été réalisé et sa réalisation n'a pas été initialement tracée dans le dossier médical. A compter de l'aggravation de l'état clinique du patient, des prescriptions et des actes, évoqués lors de la revue de morbi-mortalité, n'ont pas été tracés sur le dossier informatique même a posteriori, contrairement aux exigences réglementaires.

[14] **La famille du patient se voit refuser l'accès au service des urgences conformément aux règles de l'établissement. Les informations données à la famille ont été tardives et insuffisantes.** L'information sur les délais d'attente n'est pas conforme aux bonnes pratiques de prise en charge à l'accueil des urgences. Aucune procédure n'est en vigueur au sein du service pour définir les règles d'information des accompagnants et l'établissement ne disposait pas, à cette période, d'un agent de liaison chargé de faire le lien entre les familles en salle d'attente et l'équipe soignante.

[15] **Compte tenu de ces constats, la mission met en évidence plusieurs dysfonctionnements structurels ayant engendré des retards et des difficultés de prise en charge, notamment :**

- la configuration et l'exiguïté des locaux ne permettant pas de garantir l'intimité, la dignité et la confidentialité dues aux patients³ ;
- l'échelle de tri utilisée par l'établissement ne permettant pas d'affiner l'évaluation du niveau de sévérité ;
- l'absence de règles organisationnelles fixant les modalités d'attribution des patients au personnel soignant et médical et de supervision de cette attribution et des délais de prise en charge ; l'absence de protocole de surveillance entre le moment du tri et celui d'une première prise en charge.
- une politique qualité perfectible, en raison de protocoles ou procédures internes manquantes ou inadaptées et d'une faible analyse des événements indésirables ;
- l'absence d'objectifs pour la qualité de service, notamment sur les délais d'acheminement des échantillons, les délais d'analyses et les délais de restitution des résultats du laboratoire, dans la convention signée entre les hôpitaux de Toulon et de Hyères.

[16] **La cause du décès, un choc septique lié à un méningocoque a été rendue publique par la famille du patient.** Les infections invasives à méningocoques constituent une pathologie peu fréquente et grave, avec un taux de mortalité de 24 % pour le sérotype concerné et pour la

³ Les rideaux, installés depuis la mi-octobre 2023, ne constituent pas une protection suffisante selon les recommandations professionnelles.

classe d'âge du patient⁴. Selon le centre national de référence (CNR) des invasions invasives à méningocoques, dans les formes atypiques comme celle présentée par le patient, le début est souvent insidieux d'apparence bénigne durant les premières heures, ce qui retarde la prise en charge et rend le pronostic extrêmement péjoratif. Le patient a été admis au CHH, 19 heures après le début des symptômes.

[17] **La mission a sollicité l'avis de spécialistes, désignés par deux sociétés savantes concernées, pour analyser la cinétique de la prise en charge au regard des bonnes pratiques et recommandations en vigueur.** L'analyse par les spécialistes, sur la base du dossier, les conduit à envisager une surveillance rapprochée des constantes vitales dès l'admission et une évocation du diagnostic principal au moment de la survenue de l'aggravation clinique. Les manœuvres de réanimation sont perçues comme de mauvais pronostic selon eux, en raison de leur démarrage tardif. Les deux spécialistes ne peuvent affirmer qu'une mise en œuvre plus précoce de la réanimation auraient empêché l'engagement du pronostic vital.

[18] S'il existe des recommandations internationales pour la prise en charge hospitalière des patients atteints de sepsis, aucune recommandation récente sur la prise en charge globale du sepsis n'a été produite par les sociétés savantes nationales ou la Haute autorité de santé (HAS). **L'ensemble des sociétés savantes prévoient de publier, avec le label HAS, de telles recommandations en octobre 2024.**

[19] **La revue de morbidité et de mortalité (RMM), réalisée en janvier 2024 identifie comme cause immédiate la non-détection d'une maladie grave à forme atypique.** Les facteurs favorisants identifiés par le service sont cohérents avec ceux relevés par la HAS dans le cadre de son analyse nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences⁵ : erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (notamment des défauts de surveillance ou des retards de prise en charge), erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic (notamment la stratégie thérapeutique globale ou l'interprétation du tableau clinique).

[20] **Les mesures correctives identifiées lors de la RMM enrichissent le plan d'action relatif à l'amélioration du fonctionnement du service des urgences du CHH mis en place au dernier trimestre 2023.** Ce plan d'action répond également aux demandes formulées par les agents du service dans un courrier daté du 30 septembre où ils s'inquiètent des conditions de prise en charge des patients et de leurs conditions de travail, ainsi qu'aux remarques de la visite de certification de la HAS qui s'est déroulée du 16 au 19 octobre 2023.

[21] **Le plan d'actions pour le service des urgences est cohérent.** Il comprend 58 mesures et fait l'objet d'un suivi régulier, de sorte qu'au 18 avril 2024, 21 mesures de ce plan d'actions ont été mises en œuvre. Certaines mesures sont structurantes (ex. réouverture des lits de court séjour gériatrique, création d'un poste supplémentaire d'aide-soignant...) et probablement de nature à améliorer la qualité des prises en charge, même s'il est trop tôt pour en mesurer les résultats. **Le plan d'actions souffre toutefois de certaines faiblesses** dans la détermination des objectifs

⁴ Ce taux moyen est une donnée statistique, un certain nombre de facteurs interviennent pour expliquer le risque de mortalité individuel (ex. présentation clinique, délai avant hospitalisation...).

⁵ Haute autorité de santé - Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences – Avril 2024

opérationnels ou la formulation de certaines mesures **et reste incomplet, compte tenu des constats faits par la mission sur les dysfonctionnements structurels du service.**

[22] **En conséquence, la mission formule treize recommandations au centre hospitalier de Hyères, dont le délai d'application est immédiat pour la plupart d'entre elles,** visant à prévenir la récurrence d'un événement analogue à celui du 1^{er} octobre 2023. Ces recommandations ont vocation à compléter le plan d'actions du service des urgences. **La mission recommande que la mise en œuvre de ce plan d'actions fasse l'objet d'un suivi régulier par l'ARS.**

[23] Conformément à la commande ministérielle, la mission a également cherché à identifier les **enseignements nationaux** tirés de cet événement.

[24] En premier lieu, des actions permettant de **renforcer la sensibilisation des professionnels de santé au repérage précoce des sepsis**, devraient être menées notamment en ambulatoire et dans les services d'urgences.⁶

[25] **La généralisation dans les services d'urgence de la grille de triage recommandée par la société française de médecine d'urgence** (grille « French ») serait de nature à sécuriser l'intervention des infirmiers organisateurs de l'accueil à cette étape cruciale des parcours aux urgences.

[26] **L'amélioration de la qualité de l'accueil des accompagnants dans les services d'urgence devrait faire l'objet d'une réflexion nationale.** En particulier, la mise en œuvre du droit de visite prévu par la loi dite « Bien Vieillir » par les services d'urgences devrait être accompagnée. Une mise à jour du référentiel métier des agents d'accueil, voire des agents de liaison, doit permettre d'identifier les compétences relationnelles et les formations nécessaires à l'accueil des accompagnants.

[27] Enfin, dans un objectif de transparence et d'harmonisation de l'action des ARS, il serait probablement utile de proposer une grille d'analyse et de criticité à l'échelle nationale afin d'aider à la décision de mener un contrôle suite à la réclamation d'un usager ou au signalement d'un professionnel.

⁶ Cette recommandation, déjà formulée par le Pr. Djillali Annane dans un rapport remis au directeur général de la santé en 2019 (« Sepsis – Tous unis contre un fléau méconnu »), pourrait être mise en œuvre à l'occasion de la publication à la rentrée 2024 des recommandations de bonnes pratiques établies par les sociétés savantes et labellisées par la HAS.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
<i>Recommandation sur le suivi et l'évaluation du plan d'actions pour le service des urgences du CH Hyères</i>			
1	Confier à l'ARS la supervision de la mise en œuvre du plan d'actions du service des urgences et mettre en place un dispositif d'évaluation de l'impact de ce plan sur la qualité des prises en charge	CH Hyères / ARS	2024
<i>Recommandations au CH Hyères pour compléter son plan d'actions pour le service des urgences</i>			
2	Confier au médecin référent la mission de superviser l'attribution des patients au personnel soignant et médical et de veiller au respect des délais de prise en charge	CH Hyères	2024
3	Formaliser les modalités de surveillance de la file d'attente interne au service avant attribution à un IDE ou à un médecin. Définir la personne en charge (infirmier de file d'attente, médecin référent) et les actions à effectuer en cas de dépassement du délai de prise en charge	CH Hyères	2024
4	Procéder à une revue des procédures de fonctionnement, protocoles et fiches de poste du service et les intégrer dans un règlement intérieur du service des urgences	CH Hyères	2024
5	Organiser des transmissions personnalisées lors des relèves afin de garantir la continuité des soins et le droit à la confidentialité	CH Hyères	2024
6	Développer la coopération entre professionnels en initiant des démarches de travail en équipe selon la démarche PACTE de la HAS	CH Hyères	2025
7	Renforcer les objectifs de qualité de service, notamment en termes de délai d'acheminement des prélèvements, au sein de la convention passée entre le centre hospitalier de Hyères et le laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier de Toulon	CH Hyères / CH Toulon	2024
8	Sécuriser les connexions et rappeler aux professionnels les règles juridiques de tenue du dossier patient, notamment la traçabilité rapprochée des prescriptions et des actes	CH Hyères	2024

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
9	Assurer un suivi renforcé des événements indésirables du service des urgences dans le cadre de la politique qualité de l'établissement	CH Hyères	2024
10	Redéfinir des règles d'accès des accompagnants au sein du service des urgences et harmoniser en conséquence les supports d'information	CH Hyères	2024
11	Evaluer au bout de trois mois l'intérêt du poste d'agent de liaison dans l'accueil et l'information des accompagnants et envisager, si le bilan est positif, sa pérennisation et son extension aux week-ends	CH Hyères	2024
12	Définir une procédure et un lieu adapté permettant aux professionnels habilités d'informer régulièrement les accompagnants de l'évolution de l'état de santé des patients	CH Hyères	2024
13	Réétudier les possibilités de financer l'extension des locaux du service des urgences pour améliorer la sécurité des soins	CH Hyères / ARS	2024
<i>Recommandations de portée nationale</i>			
14	Organiser des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au repérage précoce et à la prise en charge des sepsis, à l'occasion de la publication de la recommandation de bonnes pratiques	DGOS, DGS, HAS	2025
15	Accélérer le déploiement national d'une grille de triage unique pour les services d'urgence	DGOS, DNS	2024
16	Elaborer des éléments de cadrage permettant aux services d'urgences de mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi Bien Vieillir sur le droit de visite	DGOS	2025
17	Mener une réflexion nationale sur la formation des agents d'accueil ou de liaison pour améliorer l'accueil des accompagnants au niveau des services d'urgence	DGOS	2025
18	Actualiser le guide de traitement des réclamations et préciser les motifs de recours à des contrôles des ARS	SGMCAS / IGAS	2025

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	12
1 PRINCIPAUX ELEMENTS DE PRESENTATION DU SERVICE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE HYERES EN LIEN AVEC LA MISSION	15
1.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE HYERES EST EN DIRECTION COMMUNE AVEC CELUI DE TOULON ET EST EN GRANDE DIFFICULTE FINANCIERE	15
1.2 LE SERVICE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE HYERES S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE TERRITORIAL FRAGILE ET VOIT SON ACTIVITE BAISSER	16
2 LA CHRONOLOGIE ET L'ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	19
2.1 LE PATIENT CONTACTE LES SERVICES DE SECOURS, PLUSIEURS HEURES APRES LE DEBUT DES PREMIERS SYMPTOMES	20
2.1.1 <i>Un appel à SOS médecins dont la visite à domicile, sur le point d'être programmée, est rapidement annulée par le patient</i>	20
2.1.2 <i>Un appel au SAMU - Centre 15 qui décide d'une hospitalisation aux urgences du CH Hyères</i>	21
2.2 L'ACTIVITE AUX URGENCES ETAIT PARTICULIEREMENT ELEVEE LE 30 SEPTEMBRE 2023	22
2.2.1 <i>La procédure hôpital en tension a été déclenchée à 17h26 en raison de la forte affluence aux urgences</i>	22
2.2.2 <i>Les effectifs prévus étaient présents et une ligne de renfort infirmier a été mise en place compte tenu du volume d'activité</i>	26
2.3 LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE AU SERVICE DES URGENCES S'ECARTE A PLUSIEURS REPRISES DES NORMES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES	27
2.3.1 <i>Un triage qui ne s'effectue pas selon les recommandations de la société savante de la discipline, sous-estime la gravité et conduit à une orientation non adaptée</i>	27
2.3.2 <i>Une phase d'attente au sein du service, sans surveillance des paramètres vitaux, conduisant au dépassement du délai maximal de prise en charge médicale défini par l'échelle de tri</i>	31
2.3.3 <i>Une prise en charge paramédicale réalisée plus de deux heures après l'admission avec un premier contrôle des paramètres vitaux dont l'anormalité n'entraîne pas d'actions spécifiques</i>	34
2.3.4 <i>Un premier examen médical réalisé 4 heures après l'admission, dans le couloir, sans aucune intimité et confidentialité</i>	35
2.3.5 <i>Une aggravation brutale de l'état clinique du patient et des éléments biologiques anormaux qui entraînent des mesures thérapeutiques et ne conduisent pas à envisager dans un premier temps un transfert vers une réanimation</i>	37
2.3.6 <i>Une phase de réanimation intense, au pronostic incertain du fait de son démarrage tardif, d'après les spécialistes consultés</i>	41
2.3.7 <i>Des lenteurs dans le parcours du bilan biologique</i>	43
2.4 LA CAUSE DU DECES, RENDUE PUBLIQUE PAR LA FAMILLE, EST UNE PATHOLOGIE RARE ET GRAVE, DONT LA PRESENTATION N'ETAIT PAS TYPIQUE	46
2.5 DURANT LA PRISE EN CHARGE, L'INFORMATION DONNEE A LA FAMILLE EST TARDIVE ET INSUFFISANTE.	46
2.6 LE DOSSIER PATIENT A ETE OFFICIELLEMENT TRANSMIS A LA FAMILLE DANS DES DELAIS CONFORMES A LA REGLEMENTATION	48

2.7	DE NOMBREUSES CONNEXIONS AU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT ONT ETE CONSTATEES DONT CERTAINES NE SEMBLENT PAS JUSTIFIEES	50
2.8	LES SIGNALEMENTS OBLIGATOIRES AUX AUTORITES N'ONT PAS TOUS ETE EFFECTUES.....	50
2.8.1	<i>Le signalement au titre des maladies à déclaration obligatoire a été effectué sans délai conformément au code de la santé publique.....</i>	50
2.8.2	<i>La déclaration d'événement indésirable grave associé aux soins n'a pas été réalisée dans les conditions prévues par le code de la santé publique</i>	51
2.9	L'ARS, SUITE A LA RECLAMATION D'UN TEMOIN, A DEMANDE DES ELEMENTS CIRCONSTANCIÉS A L'ETABLISSEMENT SANS PROCEDER A UN CONTROLE SUR PLACE	53
3	PLUSIEURS DYSFONCTIONNEMENTS SONT MIS EN EVIDENCE A L'OCCASION DU DECES DU PATIENT, DONT CERTAINS FONT L'OBJET D' ACTIONS CORRECTIVES	55
3.1	UN PLAN D' ACTIONS POUR LE SERVICE DES URGENCES A ETE ETABLI PAR L'ETABLISSEMENT POUR REpondre AUX DIFFICULTES DU SERVICE ET AUX ANALYSES REALISEES A LA SUITE DU DECES DU PATIENT	55
3.1.1	<i>Un courrier de l'équipe a été transmis à la direction de l'établissement le 2 octobre pour alerter sur les difficultés structurelles et conjoncturelles du service</i>	55
3.1.2	<i>La visite de certification de la HAS du 16 au 20 octobre pointe plusieurs points d'amélioration au niveau du service des urgences.....</i>	56
3.1.3	<i>La réunion de morbi-mortalité organisée à la demande de l'ARS à la suite du décès du patient a identifié plusieurs axes d'amélioration.....</i>	57
3.2	LE PLAN D' ACTIONS POUR LE SERVICE DES URGENCES REPREND L'ENSEMBLE DES MESURES IDENTIFIEES DONT CERTAINES SONT DEJA MISES EN ŒUVRE	59
3.3	LE PLAN D' ACTIONS POUR LE SERVICE DES URGENCES NE COUVRE PAS L'ENSEMBLE DES DYSFONCTIONNEMENTS CONSTATES PAR LA MISSION	61
3.3.1	<i>Sécuriser les prises en charge des patients.....</i>	61
3.3.2	<i>Améliorer la traçabilité des prescriptions et des actes réalisés.....</i>	66
3.3.3	<i>Renforcer la politique qualité du service.....</i>	67
3.3.4	<i>Améliorer les conditions d'accueil et d'information des accompagnants.....</i>	69
3.3.5	<i>Envisager des travaux d'extension des locaux pour garantir la dignité des patients et la confidentialité des échanges médicaux.....</i>	71
4	DES ENSEIGNEMENTS PLUS GENERAUX PEUVENT ETRE TIRES DE L'ANALYSE DE CE DECES	73
4.1	LA SENSIBILISATION DES MEDECINS A LA DETECTION PRECOCE DU CHOC SEPTIQUE QUELLE QU'EN SOIT L'AGENT INFECTIEUX DEVRAIT ETRE RENFORCEE.....	73
4.2	LA GENERALISATION D'UNE GRILLE DE TRIAGE NATIONALE DEVRAIT ETRE ENVISAGEE.....	74
4.3	LA QUALITE DE L'ACCUEIL DANS LES SERVICES D'URGENCE DEVRAIT ETRE AMELIOREE	75
4.4	LES MOTIFS DE RECOURS A UN CONTROLE DE L'ARS A LA SUITE D'UNE RECLAMATION POURRAIENT ETRE DAVANTAGE PRECISES	77
ANNEXES	79
ANNEXE 1 :	LE CENTRE HOSPITALIER DE HYERES ET SON SERVICE DES URGENCES	80
ANNEXE 2 :	INFORMATIONS PUBLIQUES ET NOTOIRES DE CARACTERE MEDICALE PUBLIEES DANS LA PRESSE.....	91
ANNEXE 3 :	DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	93
ANNEXE 4 :	LA GRILLE DE TRIAGE UTILISEE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE HYERES.....	95

ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS POUR LE TRIAGE EN STRUCTURE DES URGENCES.....	96
ANNEXE 6 : LE PLAN D' ACTIONS DU SERVICE DES URGENCES DU CH DE HYERES	100
ANNEXE 7 : LA GRILLE DE TRIAGE « FRENCH » RECOMMANDEE PAR LA SFMU	106
OBSERVATIONS DES ORGANISMES AUDITÉS ET RÉPONSES DE L'IGAS	107
OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS PACA ET RÉPONSES DE L'IGAS	108
REPONSES AUX OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS PACA DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE.....	113
OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CH TOULON LA SEYNE SUR MER – CH HYÈRES	117
REPONSES AUX OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DU CH TOULON LA SEYNE – CH HYERES	159
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	188
SIGLES UTILISES	190
LETTRE DE MISSION	192

RAPPORT

Introduction

[28] Par lettre de mission datée du 21 février 2024, la ministre du travail, de la santé et des solidarités a confié à l'Inspection générale des affaires sociales une mission de contrôle sur les circonstances du décès d'un jeune homme à l'hôpital d'Hyères, survenu le 1er octobre 2023.

[29] Le Dr Sylvie Baqué et Thierry Paux ont été désignés pour conduire cette mission le 11 mars 2024. Le Dr. Nicole Bohic est également désignée pour apporter son concours à la mission sur toutes les questions d'ordre 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 médical⁷.

[30] Cette mission intervient après une première instruction menée par l'agence régionale de santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), alertée par la réclamation d'un témoin relatant les conditions de prise en charge de son voisin de brancard. Cette réclamation, datée du 2 octobre 2023, a été adressée au préfet, à l'ARS, au procureur de la République, au directeur et au chef du service des urgences du centre hospitalier de Hyères (CHH), ainsi qu'à la Ministre. Le rapport provisoire de l'ARS, établi le 7 mars 2024 et transmis à la mission, s'appuie sur le rapport circonstancié établi par le CHH et les conclusions de la réunion de morbi-mortalité (RMM) associant les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

[31] Parallèlement, une plainte a été déposée par la famille le 7 décembre 2023 pour des faits d'homicide involontaire à l'encontre du CHH, de son directeur et contre X. Ce décès a également fait l'objet d'une forte médiatisation en décembre 2023 et janvier 2024.

[32] Dans ce contexte, il est plus spécifiquement demandé à la mission de :

- mettre à jour l'enchaînement des événements ayant conduit au décès du patient et identifier les éventuels dysfonctionnements dans le fonctionnement de l'hôpital ;
- identifier les mesures correctrices qui s'avéreraient utiles pour prévenir d'autres événements similaires au sein de l'hôpital et s'assurer qu'elles ont été mises en place ;
- tirer les éventuels enseignements nationaux de l'analyse de cet événement et formuler, le cas échéant, les recommandations de portée nationale.

[33] Pour mener ce contrôle, la mission s'est attachée à retracer le parcours du patient et les modalités de sa prise en charge, depuis les appels passés à SOS-Médecins et au service d'aide médicale urgente (SAMU) du Var jusqu'au service des urgences du centre hospitalier de Hyères.

[34] La mission a également élargi ses investigations aux conditions d'accueil, d'information et d'accompagnement de la famille du patient tout au long de sa prise en charge. Elle a également

⁷ 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.

traité des modalités de signalement de cet événement au sein du centre hospitalier de Hyères et du traitement de ce signalement par l'ARS PACA.

[35] Conformément à la lettre de commande, la mission s'est attachée à identifier les éventuels écarts aux normes existantes, d'ordre législatives ou réglementaires, et à comparer la prise en charge aux recommandations professionnelles, notamment celles de la Haute autorité de santé (HAS) ou des sociétés savantes, ainsi qu'aux procédures internes à l'établissement.

[36] En termes de méthode, la mission s'est entretenue avec la mère et la compagne de la victime, le témoin et près de soixante-dix professionnels au cours de ce contrôle. Elle a notamment rencontré des professionnels de l'ARS, de SOS-Médecins, du SAMU Centre 15, ainsi que le président de la commission médicale du groupement hospitalier du territoire (GHT) du Var, le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS), le centre national de référence (CNR) de la pathologie concernée et le cabinet Eurogroup Consulting qui a mené un audit sur les services d'urgences du Var lors du dernier trimestre 2023.

[37] Les investigations de la mission se sont déroulées dans de bonnes conditions et avec la coopération attendue de la part du CHH. Elle s'est rendue trois fois au sein du centre hospitalier de Hyères pour s'entretenir avec l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux présents dans le service des urgences lors de la période de prise en charge du patient et leurs responsables, parfois à plusieurs reprises. Elle s'est également entretenue avec la gouvernance de l'établissement (président du conseil de surveillance, directeur général de l'établissement, directeur délégué, président de la commission médicale d'établissement, directrice des soins), les représentants du personnel, la présidente de la commission des usagers, ainsi que les directeurs ou responsables des services en lien avec la prise en charge du patient (ex. laboratoire, qualité, sécurité...). Ces auditions avaient pour buts de retracer très précisément la chronologie des faits ou de mieux cerner le fonctionnement du service, les procédures existantes et leurs modalités d'application.

[38] Pour conduire ses analyses, la mission s'est appuyée sur ces entretiens et sur l'examen des documents ou enregistrements demandés à l'établissement, en particulier :

- le dossier médical informatisé du patient ainsi que les éléments de traçabilité du laboratoire, les enregistrements des appels au SAMU, le dossier de régulation médicale du SAMU, les images de vidéosurveillance du service des urgences disponibles, les échanges de SMS entre le patient et sa famille, le compte rendu de la réunion de morbi mortalité (RMM) réalisée en janvier 2024 pour identifier les causes du décès ;
- les procédures et les protocoles existants au sein du CHH, du service des urgences et du laboratoire ;
- les fiches de poste et les plannings du service des urgences, ainsi que les curriculum vitae des personnels du service et les formations dont ils ont bénéficié ;
- les procédures qualité, notamment pour la déclaration des événements indésirables ;
- le plan d'actions établi par le CHH à la suite de cet événement ;
- le dernier rapport de certification de la Haute autorité de santé daté de février 2024.

[39] La mission a également recensé les événements indésirables signalés au sein de l'établissement en 2023 et les événements indésirables graves en lien avec le fonctionnement du service des urgences déclarés à l'ARS par l'établissement depuis 2021. Elle a procédé à des périodes d'immersion inopinées au sein de la salle d'attente et dans le service des urgences.

[40] Enfin, la mission a sollicité la société française de médecine d'urgence (SFMU) et la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) pour désigner deux spécialistes afin d'analyser la cinétique de prise en charge du patient, en tant que personnalités qualifiées dans les conditions prévues à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

[41] Le présent rapport, adressé dans sa version provisoire au centre hospitalier de Hyères et à l'ARS PACA en procédure contradictoire, présente globalement le fonctionnement du service des urgences du CHH (partie 1), retrace les constats et analyses de la mission sur les circonstances du décès du patient et sur l'information et l'accompagnement de la famille (partie 2). Il analyse la complétude et l'effectivité de la mise en œuvre du plan d'actions établi par le CHH à la suite de cet événement et formule des recommandations issues des constats et analyses de la mission (partie 3). Il identifie les sujets susceptibles d'avoir une portée nationale tirés de cet événement et formule des recommandations aux pouvoirs publics pour les expertiser (partie 4).

1 Principaux éléments de présentation du service des urgences du centre hospitalier de Hyères en lien avec la mission

[42] Cette partie du rapport vise à synthétiser les éléments de présentation du centre hospitalier de Hyères et de son service des urgences, permettant de comprendre la chronologie des événements ayant précédé le décès du patient. **Une analyse plus détaillée de ce service est disponible en annexe 1.**

1.1 Le centre hospitalier de Hyères est en direction commune avec celui de Toulon et est en grande difficulté financière

[43] Depuis 2015, la direction du CHH est commune avec celle du centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer (CHITS), distant d'une quinzaine de kilomètres. La stratégie, élaborée à l'échelle des deux établissements depuis 2017, consiste à développer l'activité ambulatoire à Hyères et à transférer les prises en charge les plus lourdes à Toulon⁸.

[44] L'équipe de direction est commune, un poste de directeur délégué du centre hospitalier d'Hyères a été créé et pourvu en avril 2020.

[45] Le centre hospitalier de Hyères (CHH) est organisé en dix pôles d'activités, dont six inter-établissements, et dispose en 2024 de 252 lits et places installés dans le champ sanitaire, dont 64 lits de médecine, 21 lits en chirurgie complète et 9 places en chirurgie ambulatoire, 64 lits de court-séjour gériatrique et 30 lits de soins médicaux et de réadaptation ainsi que 170 lits et places dans le domaine médico-social.

[46] Le premier projet médical commun établi au premier trimestre de l'année 2022, s'inscrit dans la continuité des actions mises en place et vise notamment à développer l'activité des deux établissements à l'horizon 2027. Quatre axes d'amélioration transverses à l'ensemble des secteurs de soins ont été identifiés⁹ : les délais de prise en charge, la pertinence des soins, les ressources, l'attractivité pour les professionnels de santé. **Un chantier concerne plus spécifiquement les soins non programmés.** Les objectifs du projet médical commun ont servi de base à l'élaboration du projet d'établissement 2022-2027 commun aux deux établissements.

[47] La situation financière du CHH est détériorée de longue date. Le taux de marge brute (-1,85 % en 2022) et la capacité d'autofinancement (-24 % en 2023) sont inférieurs aux niveaux nécessaires pour assurer de manière pleinement satisfaisante le financement de l'investissement courant une fois le remboursement de la dette assuré (respectivement 5 % et 3 %).

⁸ Rapport d'observations définitives – Centre hospitalier d'Hyères (Département du Var) - Exercices 2014 et suivants - Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur – juin 2021

⁹ Projet médical du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon/La Seyne-sur-Mer et du Centre Hospitalier d'Hyères 2022 - 2027

[48] Le CHH a été récemment certifié par la Haute autorité de santé (HAS) au niveau « *Qualité des soins confirmée*¹⁰ ».

1.2 Le service des urgences du centre hospitalier de Hyères s'inscrit dans un contexte territorial fragile et voit son activité baisser

Des services d'urgences globalement fragiles dans le département du Var

[49] Le territoire du Var compte 8 services d'urgences (SU) répartis sur 6 établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) et sur l'hôpital interarmées (HIA) Ste Anne qui y est associé. Il n'y a pas de structure du secteur privé qui participe à la prise en charge des urgences. **Ces services d'urgence sont confrontés à des difficultés importantes conduisant à des fermetures actuelles ou redoutées** (fermeture nocturne du SU de Draguignan depuis fin 2021, avec réouverture les nuits des week-ends et jours fériés depuis mai 2023, fermeture nocturne du SU de Gassin-Saint Tropez depuis l'été 2023...). **Cette situation critique entraîne des transferts d'activités qui impactent les autres sites. La fermeture du service des urgences de l'hôpital de Gassin-Saint Tropez se répercute en partie sur l'activité de celui du CHH.**

[50] **C'est dans ce contexte qu'un audit des services d'urgence du Var, financé par l'ARS, a été lancé par le GHT au dernier trimestre 2023**, pour étudier les possibilités d'optimisation de l'organisation du territoire¹¹.

Une activité en baisse depuis quelques années

[51] Le centre hospitalier d'Hyères dispose d'une autorisation de médecine d'urgence qui couvre l'activité « **service des urgences** » et l'activité « **SMUR** » qui arrive à échéance le 1^{er} mars 2025 et dont le renouvellement est soumis au régime des autorisations. Le service des urgences du CHH est inclus dans un Pôle « Urgences - unité d'hospitalisation d'urgence (UHU)¹² – unité de soins continus (USC) ».

[52] **Le service des urgences du CHH a pris en charge 35 000 patients en 2023. Ce niveau d'activité est le plus faible depuis 2016**, à l'exception de l'année 2020 marquée par la pandémie liée à la Covid-19. **L'activité est notamment en baisse de plus de 5 % par rapport à l'année 2022.** Des actions de coopération destinées à réduire le nombre de passages, en particulier avec la médecine de ville ont été menées soit par l'établissement (ex. procédures de réorientation, conventions passées avec les communautés professionnelles territoriales de santé et le centre de soins non programmé...), soit par le SAMU départemental (mise en place du service d'accès aux soins en 2023). **Ce volume d'activité correspond en moyenne à 96 passages aux urgences par jour.** Le pic des passages aux urgences a lieu vers 10h et l'activité reste soutenue jusqu'à 17h avant de décroître, selon l'audit précité.

[53] **Ces moyennes masquent toutefois de fortes variations saisonnières.** L'activité est particulièrement marquée en période estivale en raison de la vocation touristique du

¹⁰ Les scores obtenus par le CHH lors de la certification HAS sont par chapitre : Le patient 99% / Les équipes de soins 99% / L'établissement 96 %

¹¹ Audit des services d'urgences du Var – Eurogroup consulting 2023.

¹² Equivalent d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

département du Var. **Selon l’audit précité, 86 passages quotidiens sont mesurés en période basse (de janvier à avril et de septembre à décembre) et 100 passages par jour en période haute (juillet-août).** Toutefois, dans le cadre de la baisse globale d’activité, les pics estivaux sont moins marqués en 2022 et 2023 du fait d’une affluence moindre en juillet et août que les années précédentes.

Tableau 1 : Evolution du nombre de passages aux urgences du CH de Hyères

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre passages	37 811	39 616	40 235	39 105	31 699	35 665	36 998	35 025

Source : ARS PACA – Diamant – traitement mission

[54] **En 2023, près de 28 % des passages aux urgences ont été réorientés après admission et tri par l’infirmier organisateur de l’accueil (IOA)¹³, vers les consultations jour d’urgences en pédiatrie (COJUP) mises en place de 9h à 19h, assurées par un médecin pédiatre en semaine¹⁴ (8355 patients - 24 %) ou vers la maison médicale de garde (MMG) qui fonctionne la nuit et le week-end. (1287 patients - 4 %).** Dans ces conditions, **seuls 25 383 patients ont été pris en charge au sein du service des urgences du CHH, soit une moyenne de 70 patients par jour.**

[55] **L’activité de la structure mobile d’urgence et de réanimation (SMUR), adossée au service des urgences du CHH, est dynamique.** Habituellement marquée par la saisonnalité, 2023 constitue une année atypique, au cours de laquelle sept mois de l’année représentent les valeurs mensuelles les plus hautes des 5 dernières années. D’après le rapport d’audit précité, le SMUR de Hyères réalise en moyenne 3 sorties par jour en période basse et 3,6 sorties par jour en période estivale. **Le temps de sortie journalier moyen du SMUR était de 4h09 en période basse et 4h58 en période estivale en 2022** (pour une durée moyenne d’1h23 par intervention).

La maquette organisationnelle du service des urgences est légèrement inférieure aux recommandations de l’organisation professionnelle SAMU-Urgences de France (SUDF) mais reste cohérente

[56] **Selon l’audit précité, la maquette médicale du service apparaît cohérente, même si elle est légèrement en-deçà du référentiel proposé par l’organisation professionnelle pour un service effectuant entre 30 000 et 40 000 passages par an.** Hors période estivale, pour faire fonctionner le service des urgences et le SMUR, les médecins urgentistes assurent entre 2 et 4 postes médicaux suivant l’heure de la journée. Deux lignes médicales assurent en complément la prise en charge des patients réorientés : une ligne pédiatre pour la prise en charge des urgences pédiatriques en semaine et une ligne généraliste pour assurer le fonctionnement de la maison médicale de garde (MMG) la nuit et les week-ends. En période estivale (juillet-août), cette maquette est complétée par une ligne médicale supplémentaire assurée 24h sur 24, week-end compris, pour armer le SMUR du Lavandou en journée et renforcer le service des urgences de 20h à 8h00.

¹³ L’appellation IOA a remplacé l’appellation « Infirmier d’Accueil et d’Orientation. (IAO) » qui reste malgré tout encore utilisée aujourd’hui. Dans la suite du rapport, les deux appellations pourront être mentionnées selon la terminologie employée par les différents acteurs.

¹⁴ Une IDE puéricultrice est présente 7J/7 de 8h à 20h pour les urgences pédiatriques.

[57] **S’agissant des infirmiers diplômés d’Etat (IDE), la maquette apparaît également cohérente avec les recommandations émises par l’organisation professionnelle SUDF¹⁵.** Le nombre de lignes IDE H24 est en effet inférieur au nombre de lignes recommandées pour des services accueillant entre 35 000 et 45 000 passages par an (5 lignes) mais équivalent à celui recommandé pour les services accueillant entre 25 000 et 35 000 passages par an (4 lignes). L’appui apporté en tant que de besoin par le poste d’infirmier gériatrique aux urgences (IGU) et par une ligne de renforts interne mobilisable en cas de forte activité permet de compléter cette maquette. En 2023, le nombre de passages dans ce service se situe en effet légèrement au-dessus des 35 000 passages.

[58] **En revanche, un déficit en aide-soignant (AS) était à souligner** par rapport aux recommandations émises par l’organisation professionnelle SUDF. Une seconde ligne a été développée en 2024. (cf. partie 3).

Tableau 2 : **Maquette organisationnelle urgences/SMUR hors renforts estivaux¹⁶**

Catégorie professionnelle	Nombre de postes assurés
Médecins	2 postes urgences H24 (dont une partagée SMUR) 1 poste urgence 8h00-00h30 1 poste urgences filière courte (11h-19h en semaine) 1 poste pédiatre pour les urgences pédiatriques COJUP (9h-19h) en semaine ¹⁷ 1 poste médecin généraliste de 20h à 23h en semaine et de 13h à 22h le week-end chargée de la maison médicale de garde.
IDE	4 postes urgences H24 (dont un poste IAO et un poste partagé SMUR) 1 poste infirmier de gériatrie d’urgence (IGU) pouvant apporter un appui aux urgences en cas de besoin
AS	1 poste H24

Source : CH Hyères

Les locaux du service des urgences sont exigus

[59] **Les locaux du service des urgences correspondent à 690 m²** comprenant 1 salle d’attente, 6 boxes d’examen adultes, 1 box d’examen pédiatrique, 3 places de déchocage (2 salles), 8 places d’accueil et 5 places de tri identifiées dans les couloirs, ainsi qu’un espace pédiatrique dédié comportant une salle d’attente et 2 boxes d’examen (cf plan annexe 1).

[60] **Ces locaux apparaissent exigus au regard du référentiel surfacique établi par le conseil scientifique de l’investissement en santé (CSIS)** qui recommande une surface de 90 à 120 m² SDO (surface dans œuvre) / box¹⁸. Appliqué aux 12 boxes et salle de déchocage, la surface devrait se situer autour de 1200 m². Le schéma directeur immobilier, établi en juin 2023, prévoit une

¹⁵ Les lignes IDE de nuit ont été renforcées en 2019 et la ligne IGU a été mise en place en janvier 2021.

¹⁶ Hors UHCD

¹⁷ Un poste d’auxiliaire de puériculture assiste le pédiatre pendant les heures d’ouverture du COJUP.

¹⁸ Dimensionnement surfacique et préconisations architecturales pour les établissements publics de santé - Conseil scientifique de l’investissement en santé – novembre 2022

extension des locaux des urgences pour les porter à 1200 m² sous réserve de la faisabilité technique et financière. Ce projet n'est toutefois pas financé aujourd'hui.

La biologie médicale est assurée pour l'essentiel par le laboratoire de Toulon

[61] **Le laboratoire du CHH a fermé en octobre 2017 et ses activités ont été transférées au laboratoire du CHITS** distant d'une quinzaine de kilomètres. Une organisation est en place pour assurer le transport des échantillons à raison de 15 navettes par jour et de 8 navettes la nuit. Le week-end, le nombre de tournées passe à 10 la journée et 8 la nuit. Des tournées supplémentaires peuvent être sollicitées en cas d'urgence vitale. Le samedi, deux tournées (9h00 et 13h30) sont mutualisées avec le transport de prélèvements issus du centre hospitalier Renée Sabran¹⁹.

[62] **En complément, le service des urgences est doté de plusieurs automates de biologie délocalisée²⁰ permettant de pratiquer directement sur site certains examens et la virologie** (grippe, COVID et VRS).

2 La chronologie et l'analyse de la prise en charge du patient

[63] Le décès du patient a été largement médiatisé en décembre 2023 et janvier 2024. De nombreux articles de presse relatent les conditions de prise en charge et relaient des informations d'ordre médical (cf. annexe 2).

[64] La mission, qui se déroule six mois après le décès du patient, s'est attachée à retracer les éléments de façon chronologique. L'annexe 3 présente un déroulé de sa prise en charge.

[65] **La méthodologie utilisée par la mission est celle décrite en introduction du présent rapport complétée des précisions suivantes.**

[66] **La mission s'est appuyée principalement sur les entretiens avec les acteurs de la prise en charge du patient ainsi que l'ensemble des professionnels du service des urgences (SU), en poste le 30 septembre 2023**, soit 12 infirmiers, 3 médecins du service ainsi que l'ancien chef de service et l'actuel, 2 médecins du SAMU-SMUR de Toulon, 2 aides-soignantes, 1 ambulancier SMUR, 2 brancardiers, 1 agent d'entretien, 1 agent d'admission, à l'exception de l'agent d'accueil de jour et de l'IAO de nuit.

[67] **Les récits de l'évènement étaient parfois non concordants.** La mission a croisé les informations recueillies auprès des soignants avec les données du dossier informatisé du patient accessible sur le Terminal Urgences, notamment celles du fichier des histologs, permettant de retracer le déroulé des saisies informatiques. La mission a pu constater qu'une session ouverte par

¹⁹ Une convention transitoire a été signée le 19 septembre 2022 avec date d'effet rétroactif au 06/03/2022. Cette convention transitoire est établie jusqu'à la signature de la signature substitutive et au plus tard le 31/12/2022. Une nouvelle convention a été signée le 18/02/2024 pour la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023.

²⁰ Les examens de biologie médicale délocalisée (EBMD) sont des examens de biologie médicale, dont la phase analytique est réalisée à proximité du patient, en dehors des locaux du laboratoire de biologie médicale, au sein d'établissements de soins et par du personnel extérieur au laboratoire. Cependant, le biologiste reste responsable de la validation a posteriori.

un utilisateur peut être utilisée par un autre, sans que l'identifiant de connexion soit modifié rendant la traçabilité des intervenants difficile. Des inscriptions et des modifications a posteriori ont été réalisées sur ce dossier informatique, une enquête interne est toujours en cours pour en retracer l'origine. **De fait, il a parfois été difficile à la mission de dater et objectiver certaines étapes de la prise en charge avec certitude.**

[68] **Pour consolider ses informations, la mission a pu accéder aux bandes d'enregistrement de la vidéoprotection du service²¹. Les extraits qui ont été conservés par l'établissement ne couvrent qu'une partie du temps de présence du patient** au sein du SU (de 19h30 à 23h38 pour la caméra dénommée « *Entrée Urgences* » et de 20h40 à 21h41 pour la caméra dénommée « *Couloir CAP* »).

[69] **La mission s'est appuyée sur les avis des deux spécialistes désignés par les sociétés savantes qui ont basé leur analyse sur un chronogramme détaillé établi par la mission à partir des informations disponibles lors de la prise en charge au service des urgences et de certains éléments du dossier médical.**

2.1 Le patient contacte les services de secours, plusieurs heures après le début des premiers symptômes

[70] D'après l'entourage, les premiers signes sont survenus le 29 septembre au soir après 20 heures obligeant le patient à interrompre l'activité en cours. Devant la persistance d'un état clinique inhabituel tout au long de la nuit, sans amélioration le matin du 30 septembre, le patient et sa compagne décident d'appeler les secours.

2.1.1 Un appel à SOS médecins dont la visite à domicile, sur le point d'être programmée, est rapidement annulée par le patient

[71] **A 14h23, le patient appelle lui-même SOS médecins.** L'appel est réceptionné par un assistant de régulation qui, en fonction des symptômes exprimés par le patient, renseigne un logiciel générant des questions, selon un arbre décisionnel établi par des médecins et propose une classification. Cet appel a été classé niveau zéro²², non urgent. Une demande de visite à domicile est générée et un SMS d'information envoyé automatiquement au patient. **A 14h52, cette demande est annulée par le patient,** à partir du lien reçu sur le SMS d'information, avant même que cette visite ait été attribuée à un médecin, suite à la confirmation par le service d'aide médicale urgente (SAMU-Centre 15) de l'envoi d'un moyen de transport pour les urgences à 14h45.

[72] **Cette étape n'appelle pas de commentaires particuliers de la mission.**

²¹ Le recours à un système de vidéosurveillance par un établissement ouvert au public est encadré par le code de la sécurité intérieure. La conservation des images enregistrées ne peut dépasser 30 jours. Le CHH conserve ses enregistrements pendant 15 jours.

²² Classification SOS médecins : niveaux de 0 à 3, 0 étant le moins urgent

2.1.2 Un appel au SAMU - Centre 15 qui décide d'une hospitalisation aux urgences du CH Hyères

[73] **A 14h33, la compagne du patient appelle le SAMU-Centre 15** qui décroche au bout de 59 secondes. Elle s'entretient d'abord avec deux auxiliaires de régulation médicale qui recueillent les premiers éléments puis avec le médecin régulateur de la filière médecine générale.

[74] A 14h40, le médecin régulateur échange directement avec le patient avant de décider à 14h45 d'envoyer à domicile une ambulance du service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Le dossier de régulation médicale renseigné de façon instantanée, reprend cinq symptômes présentés par le patient recueillis lors de l'interrogatoire médical.

[75] A 14h49, la demande de transport est transmise au SDIS.

[76] **A 15h26, l'équipage du véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) rappelle le SAMU depuis le domicile pour transmettre son bilan et connaître sa destination.** Le bilan transmis fait état de quatre symptômes présentés par le patient. Les paramètres de surveillance prévus sur la fiche standard d'intervention (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, température) ainsi que la glycémie sont renseignés, seule l'évaluation du niveau de douleur n'est pas tracée.

[77] **Le SAMU après avoir pris connaissance des procédures de détournement activées sur le département en raison de tensions hospitalières²³, décide d'orienter le patient vers les urgences de Hyères.** Le dossier de régulation du patient est instantanément affiché sur le logiciel des Urgences de Hyères, « *Terminal Urgences – TU* ». Le nom du patient apparaît dans les patients en attente avec une icône SAMU dont le survol permet d'accéder aux éléments recueillis lors de la régulation.

Le logiciel Terminal des urgences (TU)

Terminal des Urgences (TU) est un outil métier informatisé de gestion des services d'urgences initialement développé par l'ORUPACA et aujourd'hui porté par le GRADES PACA (Groupement d'appui au développement de la e-Santé en PACA). Il permet de visualiser 3 éléments :

- La vue du service ou main courante
- La fiche patient ou collecteur de données générales du patient
- La fiche médicale, véritable dossier médical du patient

Il est pensé par des professionnels et développé par des spécialistes du domaine médical. Il est utilisé par 85 % des services d'urgences de PACA. Il propose une grille de triage (cf. annexe 4).

²³ Le déclenchement de la procédure « hôpital en tension » permet de mettre en place différentes mesures destinées à réguler le flux aval (libération de lits) et le flux amont, comme l'information des professionnels du premier recours (notamment le SAMU) afin que les patients soient détournés vers des services d'urgences d'autres établissements, si possible.

[78] **Le VSAV du SDIS transporte le patient aux Urgences de Hyères, où il est admis à 15h51**, 54 minutes après l'appel du patient au SAMU, plus de 19 heures après l'apparition des premiers signes.

[79] **Selon l'avis des spécialistes consultés par la mission, l'orientation vers le service des urgences est justifiée.** Les éléments recueillis par le SAMU lors de l'interrogatoire téléphonique justifient un examen médical en milieu hospitalier car il existe des signes de gravité potentielle et plusieurs pistes diagnostiques peuvent être évoquées.

2.2 L'activité aux urgences était particulièrement élevée le 30 septembre 2023

2.2.1 La procédure hôpital en tension a été déclenchée à 17h26 en raison de la forte affluence aux urgences

[80] **L'activité du SU et du SMUR est particulièrement élevée le 30 septembre 2023 :**

- **114 passages aux urgences sont enregistrés, soit 19 % de plus que la moyenne journalière enregistrée en moyenne annuelle** (96 passages) et 33 % de plus que la moyenne enregistrée en période basse (86 passages). Ce volume d'activité est également supérieur au nombre moyen de passages enregistré en période estivale (100 passages par jour).
- **7 sorties SMUR sont enregistrées sur les 24h, soit le double du nombre moyen de sorties journalières.** Le SMUR est sorti à 7h11, 11h20, 12h17, 13h41, 14h55, 17h47 et 20h59.

Tableau 3 : Horaires de départ et de retour du SMUR le 30 septembre 2023

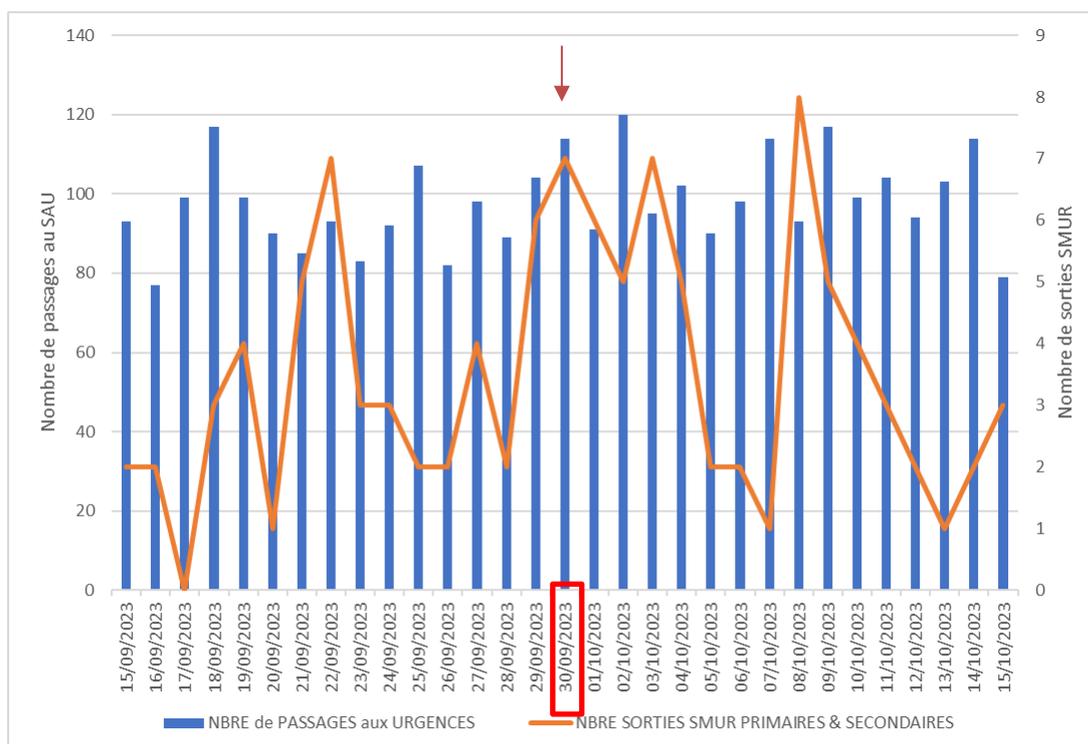
Horaire départ	7h11	11h20	12h17	13h41	14h55	17h47	20h59
Horaire retour	8h50	11h57	13h35	14h50	16h30	19h09	23h05

Source : ROR - CHH

[81] **Le service a dû fonctionner avec seulement deux médecins durant 70 % de la période comprise entre midi et minuit.** Pendant ce laps de temps, le médecin et l'infirmier SMUR étaient présents dans le service seulement durant 3h35, soit 30 % du temps alors qu'en moyenne annuelle ils sont présents 80 % du temps.

[82] **Cette journée s'inscrit également dans une semaine chargée pour la période.** Entre le 29 septembre et le 4 octobre 2023, le nombre quotidien de passages aux urgences est resté au-dessus de 90 et le nombre quotidien de sorties SMUR au-dessus de 5. En dehors de cette période, l'activité du SMUR est plus faible (à l'exception de deux pics ponctuels), ce qui accorde plus de temps médical au service des urgences, compte tenu de la ligne partagée avec le SMUR.

Graphique 1 : Activité quotidienne du SU et du SMUR entre le 15 septembre et le 15 octobre 2023



Source : ROR

[83] **Au cours de cette journée du 30 septembre, l'activité a été maximale en fin d'après-midi :** le pic des arrivées aux urgences se situe aux alentours de 16h-17h. Selon une note adressée par l'ARS à la mission, cette journée est atypique toutes dates confondues, avec 57 passages sur le créneau 15h-22h, ce qui en fait la journée la plus soutenue du mois sur ce créneau et la 10ème la plus élevée de l'année 2023.

[84] **L'une des raisons évoquées par le CHH pour expliquer cette activité soutenue réside dans la fermeture nocturne des urgences du CH de Gassin-Saint Tropez.** Après des fermetures temporaires et régulières pendant l'été et en septembre 2023, cet établissement a annoncé le 29 septembre une fermeture systématique des urgences de 18h30 à 7h30 dès le lendemain, tous les jours du 30 septembre au 31 octobre²⁴.

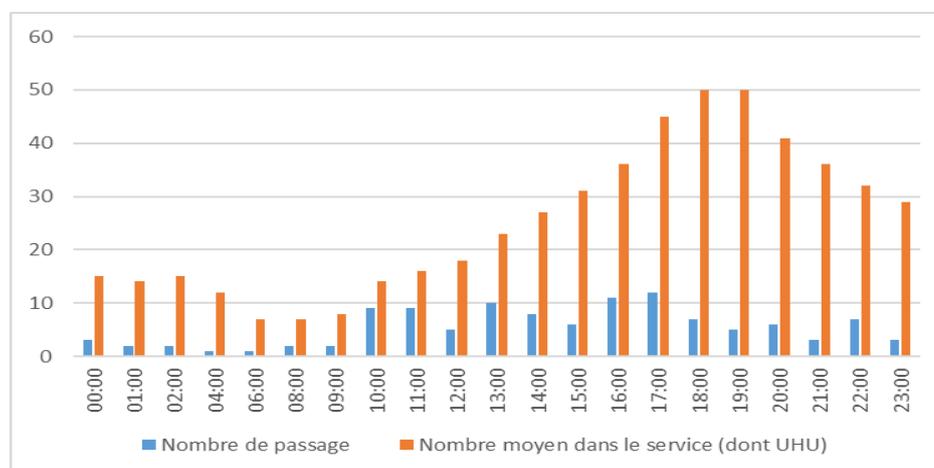
[85] **Cette fermeture a entraîné des reports d'activité sur le service des urgences du CHH difficilement mesurables.** Si le nombre de patients réorientés par le SAMU en septembre 2023 est faible (13 patients selon les données du SAMU), il ne permet pas d'estimer le nombre de venues spontanées de patients au CHH du fait de la fermeture du CH Gassin-Saint Tropez²⁵.

²⁴ A compter du 19 octobre 2023, les urgences du CH de Gassin-Saint Tropez ont été fermées de 21h à 7h30 le lendemain. Au 1^{er} mai 2024, elles fonctionnent toujours selon ce mode dégradé.

²⁵ Le nombre moyen de passages au sein du CH de Gassin-Saint Tropez est de 40 par jour en période basse selon les données de l'audit des services d'urgence du Var.

[86] **Le pic de patients dans le service a été atteint entre 18h et 19h** avec 50 patients présents. Ce chiffre intègre les patients enregistrés administrativement à l'accueil des urgences et en attente de prise en charge et ceux présents à l'UHU.

Graphique 2 : Nombre de passages et nombre moyen de patients présents dans le service des urgences par heure le 30 septembre 2023



Source : ROR

[87] **En sus du niveau d'activité élevé, l'aval des urgences était saturé ne permettant pas de transférer certains patients dans les services** et retardant la prise en charge des nouveaux patients²⁶.

Tableau 4 : Taux d'occupation des différents services d'aval du CH Hyères le 30/09/2023

Service	Nbre de lits installés	Nombre de lits ouverts	Nombre de lits occupés	Nombre de patients en attente d'être placés	Nombre de lits disponibles	Taux d'occupation
UHU	10	10	10	4	0	100 %
Médecine polyvalente	49	44	43	0	1	97,7 %
Court séjour gériatrique	64	48	46	0	2	95,8 %
Hépatogastro-entérologie	15	15	14	0	1	93,3 %

Source : CHH

[88] **L'une des raisons de ces tensions au niveau de l'aval réside dans la fermeture de lits, notamment dans le service de court séjour gériatrique sur la majeure partie de l'année 2023.** Du fait de postes médicaux vacants, 19 lits de court séjour gériatrique sur 64 ont fermé le 20 février

²⁶ Un bed manager renseigne 4 fois par jour en semaine des tableaux, relevant le nombre de patients présents aux urgences et à l'UHU, et recensant le nombre de places disponibles dans les différents services. Il travaille en lien avec le gestionnaire de séjour du CHITS afin de fluidifier l'ensemble des mouvements de patients au sein du CHITS et du CHH.

2023 et n'ont totalement réouvert que le 5 janvier 2024. Le 30 septembre, 5 lits supplémentaires de médecine étaient également fermés.

[89] Dans ces conditions, en raison de doléances du SDIS sur les temps d'attente importants à l'entrée des urgences, le SAMU a appelé le service des urgences à 15h29 pour demander si la procédure « hôpital en tension » était déclarée et recommander de le faire le cas échéant. **Lors de cet échange, le médecin du service des urgences informe que les urgences sont débordées avec 17 patients non vus.**

[90] Le déclenchement de la procédure « hôpital en tension » permet de mettre en place différentes mesures destinées à agir sur le flux aval, notamment la libération de lits ou la création de lits supplémentaires, et également sur le flux amont, comme l'information des professionnels du premier recours (notamment le SAMU) afin que les patients soient détournés vers d'autres services d'urgences si possible²⁷.

[91] **Selon les éléments tracés dans le ROR, ce médecin a demandé le déclenchement du plan « hôpital en tension » à 17h13.** Cette demande a été validée par le directeur de garde du CHH à 17h26 et déclarée au même moment à l'ARS. Le rapport du cadre de santé de garde fait état à 17h10 de 31 patients présents dans le service des urgences, de 6 patients en salle d'attente et de 5 places disponibles à l'UHU.

[92] En application de cette procédure, selon le rapport de garde, le cadre d'astreinte a proposé d'installer des patients dans le sas d'accueil réservé aux pompiers, ce que les médecins ont refusé en raison de la difficulté de procéder à une surveillance visuelle des patients à cet endroit. Il a donc été décidé d'installer davantage de patients dans les couloirs.

[93] De plus, un appel au SAMU a été passé à 18h30 pour demander, si possible, le détournement des patients vers d'autres établissements. **Cette action a eu des effets limités en raison de la saturation des services d'urgence de l'ouest varois.** Les quatre services d'urgence de la zone toulonnaise s'étaient déjà déclarés en tension au moment où le CHH a réalisé sa déclaration.

[94] Vers 20h, malgré l'ouverture de trois lits de médecine supplémentaires, 30 patients sont présents dans le service et les transporteurs sont invités à garder leurs patients dans leurs véhicules dans l'attente d'une place disponible au sein du service.

Tableau 5 : Tensions hospitalières déclarées le 30 septembre 2023

Etablissement	HIA Sainte-Anne	CH La Seyne sur Mer	CH Toulon Sainte Musse	CH Hyères
Début de tension	25/09 à 14h07	27/09 à 15h14	29/09 à 13h32	30/09 à 17h26
Fin de tension	03/10 à 14h52 ²⁸	01/10 à 13h 27	01/10 à 13h33	04/10 à 15h45

Source : ROR

²⁷ Recommandations pour la mise en place d'un plan hôpital en tension– Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) – octobre 2014

²⁸ Le HIA a en réalité enchaîné de périodes de tension : entre le 25/09 à 14h07 et le 30/09 à 9h36 et entre le 30/09 à 9h38 et le 03/10 à 14h52.

2.2.2 Les effectifs prévus étaient présents et une ligne de renfort infirmier a été mise en place compte tenu du volume d'activité

[95] **L'analyse des effectifs présents et des plannings mensuels met en évidence des conditions normales de fonctionnement :**

- **le service des urgences fonctionnait avec un effectif-cible conforme aux conditions prévues** dans la maquette médicale et paramédicale (cf. partie 1) ;
- **un renfort infirmier a été mis en place sur la période 13h25-7h10** : un premier renfort, anticipé et organisé la semaine précédente, a assuré la tranche horaire 13h25-20h55 et un second renfort, recherché le jour-même, a assuré la tranche 20h35-07h10 ;
- **l'ensemble des personnels présents dispose des diplômes et formations requises** pour exercer au sein du service des urgences. Selon la cadre du service, un accompagnement est prévu pour les nouveaux arrivants avec des prises de poste initiales sur les fonctions les moins complexes (d'abord UHU puis Box puis SAUV puis IOA puis SMUR) ;
- **l'ensemble des personnels présents exercent en tant que salariés** de l'établissement (aucun intérimaire n'est présent ce jour-là) ;
- **les médecins qui ont pris en charge le patient disposent des diplômes requis** : pour l'un d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence obtenu en avril 2023, et pour l'autre d'un DES de médecine générale obtenu en 2020 en cours de reconversion vers un DES de médecine d'urgence. Ce médecin n'effectue pas de garde de SMUR.

[96] **L'élaboration du planning médical du mois de septembre 2023 (4 septembre – 1^{er} octobre) respecte le repos de sécurité, d'une durée de 11 heures**, dans les activités de service continu par une interruption totale de toute activité, prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée²⁹.

[97] **L'analyse du planning du mois de septembre 2023 met en évidence des cycles de travail importants :**

- les médecins assurant la ligne "médecin urgence" qui s'arrête à 00h30 arrivent à 8h et réalisent systématiquement des journées postées d'une durée de 16h30 ;
- le travail posté durant 24 heures en continu est fréquent surtout le week-end. Pendant 42 % des week-end³⁰ (soit 5 nuits), les deux médecins urgentistes (référént et SMUR) ont assuré simultanément des périodes de travail posté de 24 heures continues. Ils ne sont que 18 % dans cette situation en semaine. Ce fut notamment le cas la nuit du 30 septembre au 1^{er} octobre : les deux médecins urgentistes ont effectué un travail posté de 24 heures.

²⁹ Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux

³⁰vendredi à dimanche

[98] Le 30 septembre, au moment de prendre leurs postes pour 24 heures, l'un des deux médecins avait déjà travaillé 24h (12h en journée, 12 heures en nuit) durant la semaine en cours³¹, et était de repos depuis 48h, le second médecin avait déjà effectué 48 h (12 h en journée, 12h en nuit et une garde de 24h dans un autre établissement) et était de repos depuis 12 heures.

[99] Cette organisation en 24h continues permet de centrer la contrainte des jours de week-end sur trois médecins uniquement mais pose la question de la pénibilité. L'établissement a indiqué à la mission avoir mis fin aux périodes de travail posté de 24 heures début 2024 et avoir trouvé une organisation en douze heures, y compris les week-ends, qui permet de partager la contrainte et de satisfaire chacun.

2.3 La prise en charge hospitalière au service des urgences s'écarte à plusieurs reprises des normes et pratiques professionnelles

[100] **La prise en charge hospitalière a été scindée en 6 étapes : tri, attente, prise en charge paramédicale, puis médicale 1-2 et 3 (cf annexe 3).** Un focus spécifique a été fait sur les analyses biologiques. Pour chacune de ces étapes, après un rappel chronologique, la mission a analysé les éléments relevant de la prise en charge du patient par les professionnels ce jour-là puis, ceux relevant de l'organisation du service. Elle les a comparés aux normes et recommandations en vigueur et à l'analyse des spécialistes consultés qui se sont basés sur un dossier transmis par la mission les informations disponibles lors de la prise en charge au service des urgences regroupées sous forme d'un chronogramme détaillé ainsi que les éléments du dossier médical tel qu'il a été transmis à la mission par l'établissement.

2.3.1 Un triage qui ne s'effectue pas selon les recommandations de la société savante de la discipline, sous-estime la gravité et conduit à une orientation non adaptée

2.3.1.1 Chronologie de l'étape du triage

A 15h52, le VSAV dépose le patient aux Urgences du centre hospitalier de Hyères. Les données administratives (identité, date de naissance, adresse, coordonnées) sont immédiatement enregistrées par un agent d'admission.

A 16h06, soit 15 mn plus tard, l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA), dédiée à cette fonction, accueille le patient et procède à son évaluation dans un local individualisé. Elle renseigne l'observation avec le motif d'admission et relève les constantes avec du matériel adapté (pouls, tension artérielle, saturation, température, glycémie capillaire) et elle évalue la douleur.

A 16h11, l'IOA décide d'une orientation vers l'emplacement 3 du couloir des Urgences à proximité du bureau infirmier. Elle trace l'ensemble des informations dans le Terminal Urgences (TU).

³¹ Semaine du 25 septembre et le 1er octobre

A 16h32, les données de régulation SAU sont liées au dossier du patient par l'agent d'admission et sauvegardées.

A 17h22, soit 90 mn après l'admission, un second infirmier (IDE2), en charge des box, n'occupant normalement pas la fonction d'IOA, saisit à l'aide de l'échelle de tri disponible dans le TU, la catégorie et le motif de recours, éléments qui déterminent automatiquement un code de gravité qui pour ce patient était de 4, correspondant à la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 120 minutes³² (cf annexe 4).

[101] Les différents éléments de cette étape ont été comparés aux recommandations formalisées d'experts (RFE) sur le triage en structure d'urgences³³ (cf annexe 5) et au référentiel Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA)³⁴ produits par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

2.3.1.2 Analyse de la prise en charge du patient lors de l'étape du tri

[102] **L'enregistrement administratif du patient par un agent dédié est rapide et n'appelle pas de remarques particulières.**

[103] Le tri est réalisé 24h/24, par un infirmier dédié, doté d'une longue expérience d'exercice aux urgences³⁵ et ayant reçu une formation spécifique d'IOA³⁶. Le début du tri et la prise en charge par l'IOA sont réalisés dans un délai de 15 minutes après l'admission, conforme à l'avis des experts qui recommandent que le délai avant triage ne dépasse pas 30 minutes³⁷.

[104] **La procédure de tri réalisée ce jour-là présente plusieurs points ne répondant pas aux recommandations :**

- **elle ne se termine réellement qu'au bout de 90 mn** avec la catégorisation et l'attribution d'un code de gravité au patient alors que les recommandations des experts sont d'accueillir, évaluer, trier et installer dans un lieu de soins adapté dans un délai maximum de 40 mn (le délai avant triage ne dépasse pas trente minutes et le temps maximum du triage ne dépasse pas 10 mn³⁸) ;
- **elle ne se déroule pas dans un ordre cohérent**, la décision d'orientation est inscrite à 16h11 avant que la gravité ne soit codifiée à 17h22, alors que l'orientation dans le service doit être adaptée au niveau de gravité.

³² L'échelle de tri utilisée comporte 5 niveaux (niveau 1 : intervention immédiate et niveau 5 intervention dans un délai maximal de 240 minutes).

³³ Recommandations formalisées d'experts (RFE) sur le triage en structure d'urgences, Société Française de Médecine d'Urgence, 2013

³⁴ Infirmier organisateur de l'accueil référentiel 2020 (révision du référentiel 2004), Société Française de Médecine d'Urgence, 2020

³⁵ RFE40 - Les experts recommandent qu'un(e) IDE soit formé(e) pour l'accueil et le triage après une ancienneté aux urgences idéalement d'un an, au minimum de 6 mois.

³⁶ RFE39 - Il faut que les IOA reçoivent une formation au triage adaptée à la SU, délivrée par des professionnels de la médecine d'urgence.

³⁷ RFE5 - Les experts recommandent que le délai avant triage ne dépasse pas trente minutes.

³⁸ RFE32 - Les experts recommandent que le temps maximum du triage ne dépasse pas 10 minutes. (accord fort)

[105] Selon l'article R4311-8 du code de la santé publique, « *l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin* ».

[106] **Si l'évaluation de la douleur a bien été réalisée conformément aux missions de l'IOA³⁹, celle-ci n'a pas été prise en charge de façon adaptée.** En effet, la mission relève que le protocole de service concernant la prise en charge de la douleur n'est pas appliqué⁴⁰ :

- le niveau initial de douleur noté dans le TU doit conduire, en application du protocole, à l'appel d'un médecin.
- le protocole autorise une administration de médicaments à visée antalgique pour les niveaux de douleur moins élevés. Une armoire à pharmacie est disponible à cet effet dans le local IAO. Aucun médicament n'est administré à ce stade.

[107] **Certaines informations importantes ne sont ni recueillies ni transmises :**

- des informations sont à disposition lors de l'admission sur deux supports :
 - la fiche de régulation du SAMU est accessible à la consultation sur le TU dès que le patient est annoncé, avant même son admission (cf annexe 4). Elle contient les éléments recueillis au téléphone par le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) et le médecin régulateur. Elle reste consultable durant 3 heures puis de façon définitive dès qu'elle est reliée au patient, ce que réalise l'agent administratif à 16h32. Pour ce patient, la présence de 5 symptômes et la notion d'une prise médicamenteuse au domicile étaient retracées sur la fiche SAMU et consultables tout au long de sa prise en charge.
 - la fiche de transmission du VSAV remise à l'admission au CHH mentionnait quant à elle 4 symptômes dont 2 symptômes supplémentaires.
- **dans l'observation de l'IOA, seuls deux symptômes sur les sept évoqués en préhospitalier sont notés** et la régression d'un 3^{ème} symptôme après une prise médicamenteuse n'est pas retracée.
- **l'IDE qui intervient secondairement pour coter la gravité, saisit un motif de recours dans l'échelle de tri qui n'est pas le symptôme principal, ce qui conduit à un classement en « tri 4 », indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 120 mn.**
- **la prise en compte du symptôme principal classifie la gravité en « tri 3 » indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 60 mn** (la mission a réalisé la cotation en utilisant la grille de tri du TU).

[108] **L'utilisation d'un symptôme différent du symptôme principal conduit à sous coter la gravité.**

³⁹ RFE33 - Il faut que l'IOA évalue systématiquement la douleur.

⁴⁰ RFE34 - Il faut qu'un protocole de prise en charge de la douleur soit rédigé et appliqué par l'IOA selon la cotation de la douleur.

[109] **Les valeurs anormales de deux constantes n'entraînent pas d'action spécifique.** Parmi les constantes relevées dès l'admission, l'une d'entre elles est légèrement au-delà de l'intervalle de normalité chez l'adulte et apparaît automatiquement en rouge dans le dossier informatisé du patient. De plus, la fiche d'admission du SDIS mentionne une seconde constante, également anormale qui n'est pas recontrôlée tout au long de la prise en charge hospitalière, alors qu'une case est disponible sur le TU dans la fiche IOA pour la saisie de cette constante.

[110] **A ce stade précoce de la prise en charge hospitalière selon l'avis des spécialistes consultés, ces deux paramètres de surveillance anormaux associés à une troisième constante à la limite de la normalité constituent un point de vigilance et justifient une surveillance régulière et fréquente des constantes ou un monitoring continu par surveillance scopée⁴¹.**

2.3.1.3 Analyse de l'organisation du service lors de l'étape du tri

[111] L'étape du tri est effectuée par un infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) par délégation du médecin présent conformément à l'article D. 6124-18 du code de la santé publique.

[112] La fiche de tâche IOA du CHH⁴², créée en 2012, révisée régulièrement et actualisée en octobre 2022 est conforme au référentiel. Les missions de l'IOA (accueillir, évaluer, trier, décider du lieu de soins adapté, participer à l'installation du patient et à l'information des familles) y sont bien décrites ainsi que son lien permanent avec le médecin référent⁴³.

[113] De façon conforme, le triage est effectué dans un lieu individualisé, avec du matériel adapté et dans des conditions assurant la confidentialité⁴⁴. L'ensemble des informations recueillies et le niveau de priorité qui en découle apparaissent dans le dossier patient⁴⁵. L'échelle utilisée, TRIAGE PACA, comporte 5 niveaux⁴⁶ et est déployée sur toute la région PACA⁴⁷. Elle s'appuie sur des critères identifiés⁴⁸, intègre les spécificités adultes/enfants⁴⁹ et permet de définir un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale⁵⁰.

[114] Un protocole de prise en charge de la douleur existe⁵¹.

⁴¹ Monitoring continu des paramètres vitaux qui sont reportés en temps réel sur un écran : fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation du sang en oxygène, fréquence respiratoire, température.

⁴² INS 9231

⁴³RFE42 - Il faut qu'un médecin posté de la SU soit référent (médecin référent : MR) de l'IOA. (accord fort)

⁴⁴RFE6 - Il faut que le triage soit effectué en un lieu individualisé, avec un matériel adapté et des conditions qui assurent la confidentialité. (accord fort)

⁴⁵RFE10 - Il faut que l'ensemble des informations recueillies lors du triage et le niveau de priorité qui en découle apparaissent dans le dossier patient. (accord fort)

⁴⁶RFE24 - Il faut que l'échelle de triage comporte 4 ou 5 niveaux.

⁴⁷RFE 23 - Il faut utiliser une échelle de triage validée, fiable et reproductible. (accord fort)

⁴⁸RFE26 - Les experts recommandent que les niveaux de l'échelle s'appuient sur des critères identifiés.

⁴⁹RFE27 - Les experts proposent la construction d'une échelle de triage spécifique, unique au niveau national, prenant en compte les spécificités de l'adulte et de l'enfant.

⁵⁰ RFE14 - Il faut que le triage définisse pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale. (accord fort)

⁵¹INS 7824 juillet 2023 (cf. RFE34 – Il faut qu'un protocole de prise en charge de la douleur soit rédigé et appliqué par l'IOA selon la cotation de la douleur).

2.3.2 Une phase d'attente au sein du service, sans surveillance des paramètres vitaux, conduisant au dépassement du délai maximal de prise en charge médicale défini par l'échelle de tri

2.3.2.1 Chronologie de l'attente avant la prise en charge paramédicale

A 17h23, le patient informe par SMS sa famille retenue en salle d'attente, qu'« *il se sent terriblement mal* » et ajoute « *on m'a rien donné* ».

A 17h25, un examen complémentaire (ECG) est réalisé, automatiquement horodaté, sans qu'aucune trace de sa réalisation ne soit retrouvée dans le TU à cette période.

A 17h28, un troisième infirmier (IDE3), en charge des box, trace dans un même temps, l'administration d'un traitement antalgique puis deux valeurs de l'échelle d'évaluation de la douleur utilisée, l'une qu'il positionne à 16h15, puis l'autre moins élevée enregistrée en direct à 17h28.

A 18h06, le patient décrit par SMS à sa famille, 3 symptômes toujours ressentis intensément. Ces symptômes ne sont pas mentionnés dans le dossier. Il dit « *se plaindre à tout le monde et que personne ne fait rien* ».

2.3.2.2 Analyse de la prise en charge du patient lors de l'étape de l'attente

La prise en charge de la douleur ne respecte pas les bonnes pratiques

[115] **Le protocole de prise en charge de la douleur n'est pas appliqué**⁵². Un premier antalgique est administré de façon ponctuelle sans qu'un soignant ne se désigne comme responsable du patient, 90 mn après l'admission. En effet, au travers des entretiens avec les professionnels, la mission a pu identifier que c'est un ambulancier, qui a signalé ce patient douloureux à un infirmier. Cet infirmier a consulté le dossier et pris la décision de faire administrer par l'ambulancier un traitement antalgique par voie orale.

[116] En croisant les différents éléments des entretiens, les SMS échangés par le patient avec sa famille, les traces de connexion au dossier informatique, la mission n'a pu dégager d'élément de compréhension de la régression du niveau de douleur entre l'admission et l'évaluation apparaissant sur le dossier à 16h15 alors qu'aucun traitement antalgique n'a été administré dans cet intervalle.

⁵² RFE34 - Il faut qu'un protocole de prise en charge de la douleur soit rédigé et appliqué par l'IOA selon la cotation de la douleur.

Un électro cardiogramme (ECG) est réalisé sans être initialement tracé dans le dossier du patient. Il n'y a pas d'élément permettant d'affirmer que cet examen a été interprété par un médecin au moment de sa réalisation.

[117] L'ECG est réalisé par l'ambulancier du SMUR à la demande de l'infirmier, action qui figure dans sa fiche de poste⁵³. L'ambulancier a réalisé cet examen complémentaire à l'emplacement 3 du couloir et dit l'avoir montré au médecin référent qui affirme ne pas en avoir souvenir. La réalisation de cet ECG n'est pas tracée dans le dossier. L'ambulancier n'a pas de code de connexion l'autorisant à noter la réalisation de cet examen sur le TU.

[118] **La mission a pu consulter cet ECG, qui est accessible dans le dossier informatique et horodaté. Il a été réalisé à 17h25 et ne comporte aucune mention manuscrite, ni signature.** Ceci ne correspond pas aux habitudes du médecin référent en poste ce jour-là telles qu'il les a relatées à la mission.

[119] **L'interprétation de l'ECG de 17h25, automatiquement réalisée par l'appareil, relève une anomalie** qui correspond à une aggravation de la première constante qui était déjà anormale lors de l'admission (majoration de plus de 13 % par rapport à l'admission).

[120] **D'après les deux spécialistes consultés par la mission, l'aggravation de cette anomalie est un marqueur de la sévérité de l'état clinique du patient.**

2.3.2.3 Analyse de l'organisation du service lors de l'étape de l'attente

Les modalités d'attribution et de surveillance des patients ne sont pas définies durant cette phase d'attente

[121] A 18h06, soit plus de 120 minutes après l'admission, alors que le délai maximal de prise en charge médicale initialement déterminé par la classification de la gravité est atteint, aucun professionnel de santé ne s'est identifié comme responsable de ce patient⁵⁴. Pendant cette période, la mission n'a pu retrouver la trace de relevés de constantes par le personnel du service. Un examen complémentaire, sur lequel apparaît une constante, a bien été réalisé à 17h25 mais la mission n'a pu retrouver de prescription de cet examen, ni de validation infirmière ou médicale permettant d'affirmer que cet examen ait été vu au moment de sa réalisation et intégré comme élément de surveillance. Cet examen met en évidence une anomalie (aggravation d'une constante déjà anormale lors de l'admission) mais la mission n'a pu identifier les actions entreprises par l'établissement suite à ce constat.

[122] **La réévaluation des constantes lors de la phase d'attente où lorsque le délai maximal défini par le triage est dépassé n'est pas prévue dans l'organisation du service.** Les fiches de taches (IOA et IDE Box) ne décrivent pas d'actions spécifiques lorsque les patients sont dans le couloir en

⁵³ Fiche de tâche Conducteur ambulancier SMUR (INS 9434, V6, mars 2021)

⁵⁴ L'infirmier ou le médecin doivent se connecter au dossier du patient et faire l'action volontaire de s'identifier en tant que responsable du patient. Il n'y a pas d'attribution automatique du patient au premier soignant qui se connecte.

attente d'être pris en charge⁵⁵. Il n'y a pas de fiche de poste décrivant le rôle éventuel du médecin référent lors de cette phase.

[123] **Il n'est pas prévu dans l'organisation du service de règles d'attribution des patients aux soignants ni par ordre d'arrivée, ni par secteur, ni par ordre de connexion au dossier informatisé.** Chacun s'identifie sur le dossier du patient comme responsable au fur et à mesure de sa disponibilité et selon la gravité des patients.

[124] **Au total, lorsque le délai maximal de prise en charge par un médecin est dépassé, aucune action particulière (identification d'un responsable, contrôle des constantes) n'est prévue, ceci ne répond pas aux recommandations des experts⁵⁶.**

La réalisation de cet ECG par l'ambulancier du SMUR sans protocole de délégation, ni prescription médicale constitue une non-conformité réglementaire

[125] La fiche de poste de l'ambulancier SMUR au CHH⁵⁷ liste les tâches à réaliser dans le service des urgences en dehors des interventions extrahospitalières et mentionne l'aide à l'équipe soignante pour prendre en charge les patients : déshabillage, installation, déplacement au sein du service et ECG.

[126] Le référentiel général d'activités de l'ambulancier, annexé à l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier indique que l'ambulancier est habilité à recueillir les données et paramètres cliniques dans son domaine d'intervention et établir et transmettre un bilan de situation du patient⁵⁸. Toutefois, il ne peut intervenir que sur prescription médicale et dans le cadre d'un protocole de délégation.

[127] Dans le cas présent, aucun protocole de délégation n'a été communiqué à la mission (une fiche de tâche ne pouvant être assimilée à un protocole clinique) et la réalisation de l'ECG par l'ambulancier n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale, ce qui constitue une non-conformité réglementaire.

⁵⁵ La fiche de tâches IDE box décrit dans un chapitre dédié, les modalités de surveillance en cas de sortie précoce de box lorsque les patients sont orientés vers les couloirs ou la zone de tri.

⁵⁶ RFE16 - Les experts recommandent une réévaluation sommaire des patients en attente quand le délai prévu par le triage est dépassé.

⁵⁷ INS 9434 v6 mars 2021

⁵⁸ L'article R. 6311-17 du code de la santé publique prévoit que l'ambulancier peut enregistrer et transmettre un ECG à visée diagnostic dans le cadre de l'aide médicale urgente.

2.3.3 Une prise en charge paramédicale réalisée plus de deux heures après l'admission avec un premier contrôle des paramètres vitaux dont l'anormalité n'entraîne pas d'actions spécifiques

2.3.3.1 Chronologie de l'étape de prise en charge paramédicale

A 18h09, un quatrième infirmier (IDE4), se connecte sur le dossier du patient en tant que responsable, et réalise les premiers soins et gestes techniques (accès veineux avec bouchon et réalisation d'un bilan biologique) ainsi que l'administration d'un second traitement à visée antalgique par voie intraveineuse.

A 18h12, le patient signale par SMS à son entourage qu'une infirmière s'occupe de lui, a posé une perfusion et a réalisé une prise de sang.

A 19h15, le prélèvement sanguin est pris en charge par le coursier

A 19h35, l'infirmier (IDE4) trace le relevé des constantes ainsi que la réévaluation de la douleur.

2.3.3.2 Analyse de la prise en charge du patient lors de l'étape de prise en charge paramédicale

[128] **La première connexion infirmière au dossier du patient, en tant que responsable, a lieu à 18h09 soit plus de 120 minutes après l'admission.**

[129] L'infirmier réalise immédiatement le prélèvement sanguin.

[130] L'infirmier administre un second traitement antalgique sans que la réévaluation préalable de la douleur ne soit tracée dans le dossier. L'efficacité de ce traitement sur la douleur est réévaluée.

[131] **La première réévaluation des constantes est réalisée à 19h35, plus de 3 heures après leur relevé initial par l'IOA à 16h09 :**

- la première constante anormale s'est aggravée de façon importante (majoration de plus de 20 % par rapport à l'admission), elle reste signalée en rouge lorsqu'elle est saisie sur le TU.
- la seconde constante anormale présente sur la fiche des pompiers n'est pas contrôlée. Il s'agit d'une mesure manuelle qui, d'après la littérature, est effectuée irrégulièrement dans les SU⁵⁹ car non automatisée et chronophage mais qui peut être un indicateur précoce de la détérioration de l'état clinique du patient⁶⁰.

⁵⁹ Mok, W et al. Attitudes towards vital signs monitoring in the detection of clinical deterioration: scale development and survey of ward nurses. *Int J Qual Health Care* (2015) 27 (3): 207-213. Hogan, J. Respiratory assessment. Why don't nurses monitor the respiratory rates of patients? *British Journal of Nursing*, 15(9) 489-492.

⁶⁰ Fiesemann JF, Hendryx MS, Helms CM, et al. Respiratory rate predicts cardiopulmonary arrest for internal medicine patients. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 354-360.

- la troisième constante est normale et apparaît en vert.

[132] **L'aggravation de la première constante n'entraîne pas d'action particulière de la part de l'infirmier**, notamment pas d'alerte au médecin référent.

[133] **D'après les spécialistes consultés par la mission, cette triade de paramètres de surveillance anormaux conduit à suspecter un état clinique nécessitant un avis médical immédiat, les causes pouvant être diverses.**

2.3.3.3 Analyse de l'organisation du service lors de l'étape de prise en charge paramédicale

[134] **Il n'y pas de règle organisationnelle définissant un délai de prise en charge paramédicale.** Les professionnels du CHH rencontrés par la mission ont indiqué que tous les patients avaient, sauf circonstances exceptionnelles, un infirmier qui s'autodésignait comme responsable dans l'heure suivant leur admission.

[135] La prescription déléguée est définie dans un protocole⁶¹, dont l'objectif est « *d'améliorer la qualité de la prise en charge médico-soignante du patient par la mise à disposition plus rapide de résultats d'examens biologiques* ». L'infirmier édite un « *bon de prélèvement* » permettant de lancer un bilan biologique, standardisé selon le motif d'admission du patient, sans attendre qu'un médecin des urgences ait vu le patient, afin d'accélérer la prise en charge. La pose d'une voie veineuse avec un bouchon⁶² et la réalisation d'un bilan biologique sans l'aval d'un médecin sont prévues par le protocole. Les professionnels rencontrés ont indiqué que, lorsque le patient présentait une pathologie décrite dans ce protocole clinico-biologique, le prélèvement était pratiqué aussitôt qu'un infirmier prenait en charge le patient.

[136] Comme vu dans le chapitre précédent, il n'y a aucune règle et aucun protocole formalisé définissant la surveillance des constantes durant la phase d'attente. **Les premiers paramètres vitaux initialement relevés à 16h09, sont contrôlés à 19h35 soit plus de 3 heures après, alors qu'une réévaluation est recommandée⁶³ dès que le délai de triage est dépassé.**

2.3.4 Un premier examen médical réalisé 4 heures après l'admission, dans le couloir, sans aucune intimité et confidentialité

2.3.4.1 Chronologie de l'étape de prise en charge (PEC) médicale 1

[137] A partir de 19h30, la mission dispose des enregistrements de la vidéosurveillance du couloir et peut visualiser à 19h36, le déplacement du patient de l'emplacement 3 du couloir vers

⁶¹ Protocole clinico-biologique visant à matérialiser les choix de prescriptions clinico-biologiques et la conduite à tenir de l'IDE préleveur aux Urgences -PRO 7988, V3, novembre 2021, Urgences

⁶² Mise en place d'un accès veineux permettant de réaliser un prélèvement sanguin et maintenu avec un bouchon dans l'attente de prescription de traitement en perfusion intraveineuse.

⁶³ RFE16 - Les experts recommandent une réévaluation sommaire des patients en attente quand le délai prévu par le triage est dépassé.

l'emplacement 1 du couloir (cf. plan des locaux en annexe 1) et à 19H39, l'arrivée et l'installation du témoin qui a porté réclamation, à proximité immédiate, à l'emplacement 2 du couloir.

A 19h55, un premier médecin (MED1), celui du SMUR, s'identifie sur le dossier informatisé comme responsable du patient.

A 19h56, MED1 démarre l'interrogatoire et l'examen clinique du patient dans le couloir.

A 20h01, MED1 prescrit un traitement symptomatique et un soluté sur le dossier informatisé et rédige l'observation médicale. MED1 prescrit également un ECG

A 20h02, le patient informe qu'un médecin est venu le voir, qu'il attend les résultats, que ça ne devrait pas trop tarder. En réponse à sa mère qui demande ce qu'a dit le médecin, ce qu'il pense et s'il l'a ausculté, le patient répond que « le médecin l'a ausculté vite fait, n'a rien dit et attend le résultat des analyses ».

A 20h16, l'infirmier de nuit (IDE5) valide⁶⁴ la réalisation de l'ECG.

A 20h18, l'autre infirmier de nuit (IDE6) valide l'administration des traitements prescrits à 20h01,

A 20h28, la mission visionne la mise en place par IDE4 des traitements dont la validation a été réalisée par IDE6 à 20h18.

A 20h23, le bilan biologique du patient prélevé à 18H19 arrive au CHITS à Toulon.

A 20h49, MED1 se connecte au serveur de résultats biologiques où aucun résultat n'est disponible

A 20h59, départ de MED1 pour la sixième intervention préhospitalière (SMUR) de la journée

2.3.4.2 Analyse de la prise en charge du patient lors de l'étape de PEC médicale 1

[138] **La première connexion médicale au dossier est tardive.** La première connexion médicale en tant que responsable du patient a lieu à 19h55, plus de 4 heures après son admission soit deux fois le délai maximal initialement prévu lors du tri pour une prise en charge médicale.

[139] **L'interrogatoire est suivi d'un examen clinique qui se déroule dans le couloir, sur un patient non déshabillé, en l'absence de toute protection visuelle ou acoustique.** Selon le visionnage par la mission de l'intervention du médecin, le patient est positionné face à face avec un autre patient localisé au couloir UHU et en file indienne avec son voisin de brancard installé au couloir 2 qui a par la suite pu relater dans son courrier, les questions posées au patient lors de l'interrogatoire.

[140] D'après l'entretien mené avec le médecin, certaines questions de l'interrogatoire, perçues comme stigmatisantes par le témoin, s'avèrent adaptées à la situation dans une démarche diagnostique.

[141] Les professionnels du service expliquent que des déplacements peuvent s'organiser afin de libérer un box, lorsque cela est nécessaire comme, par exemple, lors de la réalisation d'un examen clinique. Il n'y a pas eu de déplacement de patient afin de libérer un box d'examen.

⁶⁴ Le terme valider signifie que le professionnel de santé indique dans le dossier avoir effectué l'acte prescrit.

[142] **La prise en charge médicale se déroule dans le couloir, dans des conditions non propices au colloque singulier, principale modalité de la relation médecin-patient.**

[143] Le médecin a rédigé une observation médicale qui prend en compte les éléments d'anamnèse donnés par le patient et les résultats de son examen clinique. Les paramètres vitaux anormaux ne sont pas mentionnés.

[144] **A 20h59, le déclenchement d'une sortie préhospitalière, conduit le médecin du SMUR à transmettre les informations et l'hypothèse diagnostique concernant le patient à un second médecin. Le patient n'est pas signalé comme porteur d'une gravité particulière.**

[145] **De l'avis des spécialistes consultés, les paramètres vitaux relevés à l'étape précédente doivent conduire le médecin à prendre en compte la sévérité de l'état du patient. Selon eux, le dosage d'un paramètre biologique immédiatement disponible sur site aurait pu être contributif. Le traitement prescrit ne répond pas, ni dans sa quantité, ni dans son débit d'administration aux attendus pour l'état clinique présenté par le patient, d'après les spécialistes consultés. Selon eux, la surveillance scopée est nécessaire.**

2.3.4.1 Analyse de l'organisation du service lors de l'étape PEC médicale 1

[146] **L'installation des patients dans les couloirs pour une prise en charge est un fonctionnement intégré dans les pratiques.** Les places de stationnement des brancards dans le couloir sont identifiées avec des affichettes et les bannettes situées dans le bureau infirmier, destinées à accueillir les éléments papier qui se rapportent à chaque patient, identifient 8 couloirs (n° 1 à 6 + couloir UHU + couloir CAP).

[147] **La mission constate sur les enregistrements vidéo l'absence de dispositif de séparation (rideaux ou paravents) pour isoler les patients allongés en file indienne, que ce soit visuellement ou acoustiquement, ce qui ne permet pas le respect de l'intimité et de la confidentialité et n'est pas conforme au respect des droits du patient.**

[148] Après la relève de l'équipe de jour, aux alentours de 19h, qui transmet les informations concernant l'ensemble des patients à l'équipe de nuit, il n'y a **pas de répartition fléchée des patients**, chaque professionnel s'identifie sur le dossier du patient comme responsable au fur et à mesure de sa disponibilité et selon la gravité des patients. Deux infirmiers différents valident des actions ponctuelles sans être pour autant en responsabilité du patient.

[149] **Un ECG déjà réalisé mais non tracé est represcrit.** L'ECG represcrit à 20h01 est celui qui avait été réalisé par l'ambulancier plus tôt et non tracé.

2.3.5 Une aggravation brutale de l'état clinique du patient et des éléments biologiques anormaux qui entraînent des mesures thérapeutiques et ne conduisent pas à envisager dans un premier temps un transfert vers une réanimation

[150] **A partir de cette étape, la mission n'a pu retracer avec précision le déroulé de la prise en charge, rendant difficile son analyse :** des informations sont tracées sur le dossier en utilisant l'identifiant d'un autre professionnel, une série de modifications, suppressions et inscriptions sont

réalisées le 1^{er} octobre après le décès du patient (cf 3.3.2), **des constantes et des actes complémentaires sont mentionnés à cette étape dans la RMM réalisée en janvier 2023 mais n'apparaissent pas dans le dossier du patient.**

2.3.5.1 Chronologie de la prise en charge médicale 2

A 21h02, un deuxième médecin (MED2), celui des Urgences se connecte comme responsable au dossier du patient.

A 21h10, les premiers résultats biologiques apparaissent sur le serveur de résultats.

A 21h10, un appel téléphonique a lieu du laboratoire de biologie du CHITS au médecin référent du CHH pour prévenir de l'anormalité de certains résultats. Le médecin référent transmet immédiatement l'information à MED2.

A 21h11, la vidéo surveillance met en évidence la survenue d'une aggravation de l'état clinique du patient.

A 21h13, la mission visionne l'intervention d'un septième IDE (IDE7) qui repositionne le patient et prend les constantes.

A 21h17, IDE7 s'identifie comme responsable du patient et trace dans le dossier un relevé partiel des constantes. Cette connexion est faite à partir de l'identifiant d'IDE6 parti en intervention SMUR.

A 21h22, MED2 inscrit sur le dossier son observation clinique et un diagnostic qualifiant l'aggravation de l'état de santé du patient

A 21h23, MED2 se connecte au serveur de résultats biologiques où l'ensemble des résultats sont visibles et prescrit un traitement sans lien avec le diagnostic principal non encore évoqué.

A 21h24, la mission visualise sur l'enregistrement vidéo, le déplacement du patient vers la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV ½ - cf plan des locaux en annexe 1 - §2.2.2).

A 21h26, MED2 prescrit un examen d'imagerie.

A 21h30, le patient échange par téléphone avec sa famille et les informe de l'épisode d'aggravation. Il précise être toujours douloureux.

A 21h37, MED2 complète l'observation

A 21h41, MED 2 prescrit deux solutés

A 21h43, IDE7 retrace des constantes sur le dossier, toujours sous l'identifiant de IDE6 parti en intervention SMUR

A 22h, la mission visionne le transfert du patient en direction du service d'imagerie puis son retour dans la SAUV ½ à 22h20.

A 22h30, un relevé de constantes est positionné, saisi a posteriori à 3h30

A 22h45 le radiologue valide électroniquement l'interprétation de l'imagerie.

A 22h47, prescription d'un soluté

A 22h55 et 22H59, prescription de deux traitements curatifs en lien avec la pathologie principale

A 23h05, un relevé de constantes est positionné, saisi a posteriori à 3H30.

A 23h05, l'avis d'un spécialiste chirurgical est requis. Il préconise une hospitalisation en réanimation.

A 23h07, prescription de deux prélèvements ayant pour objectif l'identification de l'étiologie de la pathologie présentée

A 23h10, MED 2 retrace l'appel du médecin réanimateur de USC et mentionne la préférence de celui-ci de transférer le patient sur le plateau technique de réanimation du CHITS.

A 23h10, inscription du diagnostic de choc septique sur l'observation.

A 23h12, la mission visionne l'arrivée du médecin réanimateur (MEDUSC) dans le service des Urgences.

2.3.5.2 Analyse de la prise en charge du patient lors de l'étape PEC médicale 2

[151] Après 20h, aucun infirmier ne s'est désigné à la suite d'IDE 4 comme responsable du patient. Des actions infirmières ponctuelles ont lieu peu après 20h. C'est à 21h17 qu'au décours de l'aggravation, un infirmier se désigne comme responsable de ce patient.

[152] Après avoir pris connaissance des informations transmises par son confrère juste avant le départ en intervention SMUR, **le second médecin s'identifie immédiatement comme responsable.**

[153] **Le patient présente une aggravation de son état clinique** que la mission visualise sur l'enregistrement vidéo. Un infirmier se rend à son chevet sans délai et relève les constantes de surveillance. Seuls deux paramètres sont notés dans le dossier. La constante anormale depuis l'admission n'est pas mentionnée. Elle n'apparaît que sur le relevé suivant à 21h44 encore majorée (majoration de plus de 42 % par rapport à l'admission). Cet infirmier se désigne comme responsable du patient à 21h17.

[154] **Un diagnostic est inscrit sur le dossier pour qualifier cet épisode d'aggravation. Il reste en lien avec la première hypothèse diagnostique évoquée et transmise par le premier médecin.** Selon les spécialistes consultés, les éléments cliniques notés dans l'observation médicale sont de nature même à infirmer le diagnostic posé sur cet épisode d'aggravation ainsi que l'orientation diagnostique initiale.

[155] **Dès le moment où survient l'aggravation clinique, les spécialistes considèrent que l'étiologie infectieuse de l'état clinique présenté par le patient est confirmée :** les constantes relevées au moment de l'aggravation du patient signent l'état clinique et les éléments biologiques disponibles de façon concomitante à l'aggravation clinique viennent confirmer la gravité de la pathologie et de sa diffusion à plusieurs organes.

[156] Le recours à la biologie délocalisée pouvait selon eux dès l'aggravation, permettre de confirmer la gravité de l'état clinique. Un transfert en réanimation sans délai devait être envisagé selon eux.

[157] **Ils estiment que trois catégories de traitements doivent alors être administrées immédiatement.**

[158] Dès 21h41, **la première catégorie de traitement nécessaire est administrée de façon conforme aux attendus** en termes de composition, volume et débit, dans le cadre de la pathologie selon les spécialistes.

[159] **Les deux autres catégories de traitements sont prescrites** mais leur traçabilité et leur horaire d'administration dans le dossier ne correspondent pas aux souvenirs des professionnels lors des échanges avec la mission ou à ce qui est noté dans la RMM.

[160] Le binôme MED2-IDE7 indique à la mission avoir l'habitude de travailler ensemble et **pratiquer les prescriptions orales et les validations a posteriori** sur le dossier informatique.

[161] De ce fait, la mission n'a pu arriver à déterminer avec précision l'heure d'administration du traitement destiné à lutter contre la cause infectieuse de la pathologie présentée (deuxième catégorie de traitement nécessaire) :

- dans le dossier, ce traitement est prescrit à 22h55, son administration est retracée à 23h44. Lors des entretiens avec les professionnels, et sur le compte rendu de la RMM, il est noté que ce traitement a été prescrit oralement et administré plus tôt à 21h37 sans que ni la prescription ni l'administration ait été tracées.
- trois connexions du médecin au dossier ont eu lieu entre 21h37, heure de la prescription orale et 22h55, heure effective de la prescription sur le dossier informatisé :
 - 21h37 : observation médicale retraçant l'aggravation du patient et sa prise en charge sans mention de ce traitement ;
 - 21h41 : prescription médicamenteuse autre ;
 - 22h47 : prescription médicamenteuse autre.

[162] **A l'occasion de ces trois connexions, la prescription orale de ce traitement n'est pas régularisée.** Elle ne le sera qu'à 22h55.

[163] Outre le fait qu'elle interdit toute traçabilité et qu'elle majore le risque d'incompréhension, d'oublis et d'erreurs lors de l'administration, **la prescription orale ne répond pas aux exigences réglementaires.** « *L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée⁶⁵* ». Ces dispositions autorisent l'infirmier, uniquement dans les situations d'urgence, en attendant l'intervention d'un médecin⁶⁶, à prendre, sur protocole, les mesures nécessaires à l'état de santé du patient. L'infirmier doit veiller à assurer une traçabilité précise de ses actes dans ces circonstances particulières.

[164] **Selon les spécialistes interrogés, le choix du traitement destiné à lutter contre la cause infectieuse de la pathologie présentée respecte les recommandations pour l'indication suspectée à ce stade. Par ailleurs, les spécialistes considèrent que ce traitement est efficace sur l'agent pathogène qui sera identifié ultérieurement.**

⁶⁵ Articles R.4311-7 et R.4312-42 du code de la santé publique

⁶⁶ Article R.4311-14 du code de la santé publique

[165] **La troisième catégorie de traitement est prescrite à 22H59 sur le dossier.** Son administration n'est pas tracée.

[166] **A la suite de cet épisode d'aggravation, le patient est déplacé dans un environnement permettant une surveillance scopée.** Pour cela, il est nécessaire de libérer la SAUV 3 en déplaçant le patient qui l'occupait. Un examen d'imagerie est prescrit et réalisé assez rapidement.

[167] **Des avis spécialisés sont retracés dans le dossier** à partir de 23h auprès du chirurgien digestif puis du médecin de l'unité de soins continus. Les deux préconisent une orientation vers un service de réanimation.

[168] **Deux prélèvements sont réalisés avec l'objectif d'identifier l'agent infectieux responsable de la pathologie présentée.** Sur le dossier, leur prescription a lieu à 23h07, leur validation à 0h34 pour l'un et 2h39 pour l'autre. Lors de la RMM, il est indiqué qu'une partie de ce bilan (premier prélèvement) a été prélevée à 21h30 et laissée en attente avant envoi au laboratoire. La mission n'a pu objectiver avec certitude l'heure de réalisation de ce premier prélèvement qui emprunte la navette de 0h11 et est reçu à 0h48 au laboratoire du CHITS.

[169] **A partir de l'évaluation de 19H35, plus aucun niveau de douleur n'est renseigné** alors même que le patient se plaint par SMS adressés à sa famille d'être toujours douloureux.

[170] **Le diagnostic de « choc septique » est inscrit sur le dossier à 23h10⁶⁷.**

2.3.6 Une phase de réanimation intense, au pronostic incertain du fait de son démarrage tardif, d'après les spécialistes consultés

2.3.6.1 Chronologie de la prise en charge médicale 3

A 23h17, réalisation des premiers examens de biologie délocalisée.

A 23h27, la mission visualise le déplacement du patient à la SAUV 3.

A 23h28, MED2 appelle le SAMU pour organiser le transfert vers la réanimation de Toulon puis rappelle pour retarder son départ de 30 min

A 23h30, des relevés de constantes sont notés sur le dossier, mais saisies a posteriori (3h30)

A 23h36, MED2 trace « mère informée » dans le dossier

A 23h45, IDE7 valide une administration de soluté sur protocole

A 23h53, départ de l'équipe de transfert secondaire du SMUR de Toulon qui arrive au CHH à 0h03

A 0h07, plusieurs gestes techniques réalisés sur le patient sont retracés dans le dossier ainsi qu'un traitement destiné à le stabiliser.

⁶⁷ La première catégorie de traitement en lien avec ce diagnostic débute à 21h41 (cf. sections 2.3.5.2 et 2.3.6.2).

A 0h13, MED2 inscrit dans le dossier la mention suivante « *Hôpital en tension, pas de place dans les étages, pas de box scopé dispo aux urgences, plus de brancards disponibles, multiples appels des pompiers à la régulation pour prévenir de l'afflux important, médecin de SMUR en interventions la plupart du temps donc seulement 2 médecins aux urgences ce jour : appel à plusieurs reprises de la cadre de jour et de l'administrateur de garde pour avertir de la mise en danger des patients !* »

A 0h17, le patient est endormi et placé sous assistance respiratoire. Les traitements utilisés sont prescrits dans le dossier:

A 0h48, survient une nouvelle aggravation aiguë de l'état clinique du patient, rapidement réversible

A 0h49, la présence des parents dans le box est signalée sur le dossier.

Aux alentours d'1h survient un nouvel épisode aigu d'aggravation qui sera irréversible malgré les manœuvres de réanimation poursuivies jusqu'à 2h du matin.

A 2h00, le décès du patient est prononcé.

2.3.6.2 Analyse de la prise en charge du patient lors de l'étape PEC médicale 3

[171] A partir de ce moment, pendant que le médecin en charge du patient organise le transfert vers la réanimation de Toulon, le médecin réanimateur de l'USC coordonne la prise en charge auprès du patient dans un premier temps, rejoint par la suite par le médecin du SMUR de Toulon.

[172] La mission a pu écouter la bande audio du SAMU correspondant à la demande de transfert du patient vers le service de réanimation. Lors de cet échange, à 23h28, le médecin des urgences informe le médecin régulateur qu'un traitement prescrit à 22h59 n'a pas été débuté, estimant que la première catégorie de traitement administré est efficace.

[173] **Selon l'avis des spécialistes consultés, ce traitement nécessaire à la prise en charge du choc septique (troisième catégorie de médicaments) devait être débuté dès l'étape précédente.**

[174] L'intervention du médecin réanimateur est retracée de façon synthétique dans le dossier à 1h18. Deux infirmiers sont présents en SAUV 3 ainsi que les deux internes. Les gestes techniques réalisés sont adaptés. Les traitements adéquats sont entrepris.

[175] La mise sous assistance respiratoire est nécessaire peu après minuit et est réalisée avec du matériel spécifique et l'appui du médecin référent habitué à l'utiliser.

[176] **Les spécialistes consultés estiment qu'un traitement spécifique prescrit à 01h06 pouvait être administré plus précocement sur la base des premiers résultats de biologie délocalisée.**

[177] **Le contenu du dossier n'est pas conforme au code de la santé publique.** Le contenu du dossier patient en établissement de santé public et privé est défini dans l'article R.1112-2 du code de la santé publique. Il ne doit comporter que des éléments relatifs à la prise en charge. La mention portée dans le dossier médical sur le niveau de tension de l'établissement et l'intervention de tiers ne fait pas partie des éléments du dossier médical.

[178] **Sollicité à 23h28 pour un départ différé de 30 minutes, le SMUR secondaire de Toulon arrive au CHH à 0h03 pour réaliser le transfert secondaire.** L'état clinique du patient, ayant évolué

depuis la description faite à l'appel, n'est pas compatible avec un transport. L'équipage du SMUR participe à la totalité des manœuvres de réanimation et de stabilisation du patient aux cotés de l'équipe d'Hyères. Le médecin du SMUR prend l'initiative de faire rentrer la famille.

[179] **La réserve du service pour le médicament nécessaire à la prise en charge réanimatoire est adaptée⁶⁸.** Il n'a pas été demandé de ravitaillement en urgence au pharmacien d'astreinte.

[180] **Les spécialistes consultés par la mission estiment que les manœuvres de réanimation entreprises sont de mauvais pronostic à ce stade d'évolution de la pathologie. Les spécialistes ne peuvent affirmer qu'une mise en œuvre plus précoce de la réanimation auraient empêché l'engagement du pronostic vital.**

2.3.6.3 Analyse de l'organisation du service lors de l'étape PEC médicale 3

[181] **Les droits du patient à l'intimité et la confidentialité ne sont pas respectés pendant cette phase.** La mission constate que les portes de la SAUV 3 restent ouvertes sur la quasi-totalité de la durée des enregistrements vidéo à sa disposition, à l'exception de très courts moments après l'admission du patient dans ce box. Le témoin à l'origine de la réclamation, toujours installé à l'emplacement 2 du couloir des urgences, est positionné juste en face de l'embrasure de cette porte et assiste à l'ensemble des soins prodigués.

2.3.7 Des lenteurs dans le parcours du bilan biologique

[182] **Selon les spécialistes consultés, les résultats biologiques sont peu spécifiques dans le cas présent et non indispensables à l'établissement du diagnostic principal :** ils viennent surtout confirmer un état de gravité. L'établissement du diagnostic étiologique par identification de la cause, relève de la microbiologie et n'est pas accessible dans le temps de l'urgence. Selon eux, l'absence de diagnostic microbiologique précis dans le déroulé de ce processus, n'a pas été un élément déterminant du pronostic et de l'évolution péjorative.

[183] Toutefois, du fait de la particularité de l'organisation de la biologie au CH Hyères, la mission a choisi de faire un focus sur le parcours du bilan biologique.

A 18h09, IDE4 réalise un prélèvement sanguin.

A 18h30, passage du coursier labo au CHH pour une course arrivée à 19h15 au CHITS

A 19h15, le bilan biologique du patient est pris en charge par le coursier

A 19h48, le coursier labo fait halte au CH Renée Sabran

A 20h23, le coursier labo dépose le bilan biologique au CHITS

A 20h25, le prélèvement est pris en charge au laboratoire

A 21h10 les premiers résultats biologiques apparaissent sur le serveur de résultats. Un appel téléphonique a lieu depuis le laboratoire vers le médecin référent du CHH pour prévenir de l'anormalité de certains résultats. Le médecin référent transmet cette information au MED2.

⁶⁸ Médicament cité comme manquant par le témoin qui a porté réclamation

A 21h20, l'ensemble des résultats est disponible sur le serveur de résultats biologiques.

2.3.7.1 Analyse du parcours du bilan biologique

[184] **L'infirmier n'a pas réalisé de demande de transport en urgence pour le bilan prélevé à 18h19.** La mention « urgente » n'a pas été cochée dans le portail de prescription Cyberlab utilisé par le service des urgences et le laboratoire, en l'absence d'urgence vitale identifiée pour le patient. Ainsi le prélèvement relevait des tournées de transporteur programmées vers le laboratoire (19h pour la prochaine).

[185] **La mission n'a pas pu retracer l'horaire exact de dépôt du bilan dans le local d'enlèvement.** Le prélèvement n'était pas déposé dans le local avant 18h30, au moment du passage du coursier. Les soignants n'avaient aucun moyen de savoir que les horaires de passage du coursier étaient décalés. Il n'y avait alors aucun dispositif signalant la présence du coursier et permettant d'accélérer le dépôt de prélèvements déjà réalisés.

[186] Etant issue du pool de renfort, l'infirmier n'a pas la possibilité de modifier sur le bon de demande le nom du prescripteur auquel il est habituellement rattaché. Le prescripteur qui apparaît à l'origine de ce bilan ne travaille pas dans ce service et n'est pas présent ce jour-là.

[187] **Les résultats sont rendus, suivant les paramètres analysés, entre 21h10 et 21h20**, heure à laquelle les résultats de l'ensemble des examens prescrits à 18h19 ont été livrés.

[188] **Pour les paramètres analysés dont la valeur était supérieure aux critères d'alerte préalablement définis, un appel téléphonique rapide a été passé** aux numéros préenregistrés de l'unité prescriptrice et tracé par le laboratoire. Le médecin référent qui a reçu l'appel indique en avoir immédiatement informé le médecin des urgences qui s'occupait du patient.

[189] Selon les éléments de traçabilité du serveur, les résultats ont été consultés à deux reprises par le premier médecin qui a examiné le patient avant leur parution (19h56 et 20h49) et par le second médecin à 21h23.

[190] Le recours à la biologie délocalisée débute à 23h17. Six examens biologiques sont réalisés sur site. Le prescripteur n'est jamais identifié. Selon les spécialistes consultés par la mission, un recours plus précoce pouvait permettre de plus rapidement prendre en compte la gravité.

2.3.7.2 Analyse de l'organisation

[191] Au regard du planning normal du coursier du laboratoire, le prochain départ pour un bilan prélevé à 18h09 était programmé à 19h00 et devait arriver, pour un temps de trajet moyen de 30 min, à 19h30 au CHITS. Compte tenu du retard pris lors de la journée, la course initialement programmée à 17h45 a lieu à 18h30, mais n'a pas concerné le bilan biologique du patient.

[192] **Les prélèvements du patient ont été acheminés par la tournée programmée à 19h, tournée marquée par un retard conséquent :**

- un retard de 15 minutes au départ du CHH, consécutif des retards pris entre 16h et 17h⁶⁹ ;
- une arrivée au laboratoire de Toulon à 20h23, soit un temps de trajet de 1h08 contre une moyenne de 30 minutes environ ce jour-là. Ce délai est consécutif d'un détour par le centre hospitalier Renée Sabran afin de récupérer une commande alors que la convention liant le CHITS à cet établissement ne prévoit pas de tournée programmée à cet horaire-là⁷⁰.

[193] **La mission estime ainsi à 53 minutes (arrivée à 20h23 au lieu de 19h30) le retard pris dans le transport des échantillons** du patient par rapport aux délais prévus dans les procédures de l'établissement.

Tableau 6 : Horaires programmés et enregistrés des tournées du coursier du laboratoire le 30 septembre 2023

Départ prévu CHH	12h00	14h00	15h15	16h30	17h45	19h00	20h30	21h30	22h45	00h00	01h15		02h45
Départ enregistré CHH	12h00	14h00	15h15	17h00	18h30	19h15	20h40	21h52	22h48	00h11	01h20		03h18
Arrivée CHITS	12h38	14h20	15h50	17h30	19h15	20h23 (départ HRS : 19h48)	21h02	22h17	23h13	00h41	01h40		03h36
Durée transport	38 min	20 min	35 min	30 min	45 min	1h08	22 min	25 min	25 min	30 min	20 min		18 min

Source : CHITS (procédure de gestion des coursiers CHH – août 2023 et fiche de route journalière du coursier)

[194] Les prélèvements sont réceptionnés par le laboratoire à 20h25.

[195] **Les délais de réalisation des analyses par le laboratoire sont compatibles avec ceux indiqués dans son référentiel d'examen.** Les résultats sont rendus, suivant les paramètres analysés, entre 45 et 55 minutes après réception.

[196] **La transmission des résultats du laboratoire a respecté les procédures mises en place par l'établissement**⁷¹. Les résultats des analyses ont été transmis, dès leur disponibilité, sur le serveur de résultats Cyberlab et une mention apparaît sur le dossier patient informatisé indiquant que des résultats sont disponibles.

[197] **D'autres dysfonctionnements sont à relever sur cette journée contribuant à l'engorgement du service des urgences** : les deux premières courses de la matinée, programmées à 7h30 et 9h30, ont été réalisées au sein d'un seul et même trajet incluant de plus un détour par l'hôpital Renée Sabran. Après avoir pris en charge 8 bilans au CHH à 8h30, le coursier s'est rendu à l'hôpital Renée

⁶⁹ La tournée initialement prévue à 16h30 est en réalité partie à 17h du CHH car le transporteur a été détourné sur l'HIA Ste Anne pour une commande urgente.

⁷⁰ La convention prévoit 2 transports réguliers le samedi avant 9h et vers 12H et mentionne toutefois « Pour les demandes urgentes (en dehors des tournées régulières), ainsi que pour les demandes relevant de la période de garde, le LBM du CHITS propose une solution de transports à la demande. »

⁷¹ Procédure de transmission des résultats – CHITS – février 2024

Sabran pour récupérer à 8h55, 5 bilans, avant de revenir au CHH à 9h29 pour prendre 14 bilans supplémentaires et déposer les 27 bilans au CHITS à 9h50. Ce temps de transport majoré (1h20) retarde le rendu des résultats biologiques nécessaires pour les décisions d'orientation du patient impactant ainsi l'occupation du service des urgences.

2.4 La cause du décès, rendue publique par la famille, est une pathologie rare et grave, dont la présentation n'était pas typique

[198] L'étiologie de la pathologie a été déterminée par le biais de prélèvements réalisés sur le patient à 23h16 et réceptionnés au laboratoire à 00h48. Les résultats ont été livrés le 2 octobre et le résultat du sérotypage le 6 octobre.

[199] La cause du décès, un choc septique lié à un méningocoque a été rendue publique par la famille du patient (cf. annexe 2).

[200] D'une façon générale, les spécialistes consultés relèvent que les présentations atypiques de la pathologie rare présentée par le patient conduisent le plus souvent à une errance et un retard diagnostique. Selon eux, sans traitement, cette pathologie est toujours mortelle. Toujours selon eux, son pronostic reste lié à la prise en charge adaptée du diagnostic principal qui engage le pronostic vital et à la précocité du traitement étiologique. Pour la tranche d'âge correspondant à celle du patient, la létalité de l'ensemble des infections invasives à méningocoques est de 12 %, elle atteint 24 % pour le sérotype particulier de l'agent pathogène retrouvé dans le cas du patient⁷². Ce taux moyen est une donnée statistique, un certain nombre de facteurs interviennent pour expliquer le risque de mortalité individuel (ex. présentation clinique, délai avant hospitalisation, délai de repérage et de prise en charge du choc septique, précocité d'administration du traitement anti-infectieux...).

2.5 Durant la prise en charge, l'information donnée à la famille est tardive et insuffisante.

[201] **La famille du patient est arrivée à l'accueil des urgences à 16h40.** Elle indique avoir attendu plus de 30 minutes avant de pouvoir arriver au guichet en raison d'une file d'attente importante et de problèmes informatiques (panne de lecteur de carte Vitale), qui retardaient les admissions.

[202] **Un carton d'informations affiché au niveau du secrétariat par l'agent d'accueil indiquait un temps d'attente moyen de 4 heures environ,** selon les déclarations de la famille. Vers 19h, le temps d'attente affiché selon ce procédé était de 8h.

[203] **Cette information sur les délais d'attente n'est pas conforme aux bonnes pratiques de prise en charge à l'accueil des urgences.** Selon le référentiel de certification des établissements de santé de la HAS (version 2024), le patient doit recevoir une information sur le délai de prise en charge adapté à son état de santé : « *Si son admission a été faite en urgence, et ce quel que soit le service*

⁷² Santé Publique France - Les infections invasives à méningocoque en France en 2023 - 26 mars 2024

d'accueil, le patient est informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé. »⁷³. La version 2020 de ce référentiel était plus précise : « le patient est informé aux urgences du délai dans lequel il sera pris en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) par la personne de l'accueil, le médecin par l'IAO, le délai étant calculé en fonction du résultat de l'échelle de tri. »⁷⁴. En effet, ce n'est qu'après que l'IOA ait défini la cotation du niveau d'urgence que le patient peut disposer d'une information sur son délai de prise en charge. Dès lors, l'information donnée à l'accueil n'aurait dû porter que sur le délai avant prise en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation et non sur le délai de prise en charge globale au sein du service.

[204] **Cette modalité d'information sur les délais d'attente a été stoppée par l'établissement à compter du 20 octobre 2023**, après que la famille s'en soit émue lors de la première commission des usagers (CDU) consécutive à cet événement, le 19 octobre. L'établissement a indiqué au cours de cette réunion, selon le compte-rendu établi, que cette pratique n'était pas validée.

[205] **Parvenue au guichet, la famille se voit refuser l'accès au service des urgences. Ce refus est conforme à la charte du parcours patient aux urgences**, disponible sur le site internet de l'hôpital et affichée dans la salle d'attente conformément à l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique. Cette charte prévoit en effet que les visites sont autorisées « *sur décision médicale, pour les personnes mineures, sous tutelle, ou porteuses d'un handicap et lorsque le pronostic vital est en jeu.* ». **La tonalité employée à l'accueil a été jugée inappropriée par la famille.**

[206] **Les informations données à la famille ont été tardives et insuffisantes.** L'équipe soignante est informée de la présence de la famille via une icône dans le logiciel « *Terminal urgences* ».

[207] Dans un premier temps, il est indiqué à la famille, en réponse à ses demandes répétées au regard des SMS transmis par le patient, que des informations lui seront données après qu'un médecin l'aurait vu. L'agent d'accueil des urgences n'a pas pour mission de donner d'informations relatives à l'état de santé ou à la prise en charge du patient.

[208] Pour autant, **le premier appel téléphonique du service est tracé à 23h36** dans le dossier médical du patient soit :

- plus de 3h30 après le premier examen médical ;
- plus de 2h après la dégradation brutale de l'état de santé du patient.

[209] Si la charge d'activité dans le service des urgences est mentionnée pour justifier le manque d'informations données aux familles, il convient de noter que le CHH ne dispose pas d'un agent de liaison, chargé de faire le lien entre les accompagnants en salle d'attente et l'équipe soignante et qu'il n'existe pas de procédure au sein du service définissant des règles communes pour l'information des accompagnants. Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, certains médecins sortent en salle d'attente pour échanger avec les accompagnants, d'autres préfèrent appeler au téléphone.

⁷³ Haute autorité de santé - Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins - Version 2024

⁷⁴ Haute autorité de santé - Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Urgences-SAMU-SMUR - novembre 2020

[210] **Il convient également de noter que l'absence d'échanges directs avec la famille a privé l'équipe de soins d'informations précieuses sur l'histoire de la maladie, susceptibles d'orienter le diagnostic.**

[211] **De fait la famille n'a été que très tardivement informée de l'évolution de l'état de santé du patient.** L'appel de 23h36, bref, visait à prévenir la famille que le patient devait être transféré au CHITS de Toulon. **Le médecin de l'USC sort du service pour rencontrer la famille un peu après 23h30 et l'informer qu'elle ne peut venir au chevet du patient compte tenu de la dégradation de son état de santé.**

[212] **Un second appel a lieu à 00h06** pour indiquer que le patient a été placé sous assistance externe, que le SMUR de Toulon chargé de procéder au transfert est arrivé sur place mais que le transfert n'est pas possible pour le moment du fait de l'instabilité de l'état clinique du patient. **Le médecin du SMUR de Toulon décide alors de faire rentrer la famille quelques instants.**

[213] **La famille est rentrée par la suite une seconde fois autour d'une heure du matin mais a dû ressortir aussitôt compte tenu d'une nouvelle dégradation de l'état clinique du patient. Elle est entrée une troisième fois pour assister aux soins de réanimation prodigués jusqu'au décès du patient prononcé à 2h du matin le 1^{er} octobre.**

[214] **Une autopsie a été proposée** à la famille qui a refusé sa réalisation.

[215] **La famille a pu ensuite veiller le corps du patient**, resté dans la salle d'accueil des urgences vitales, jusqu'à 6 heures du matin environ. La famille indique également n'avoir pas reçu, pendant cette période, de proposition d'accompagnement particulier mais une simple information sur la procédure à suivre en cas de décès à l'hôpital. Elle a récupéré en sortant une partie des affaires du patient, dans un sac en plastique et sans commentaire.

[216] Le dossier médical du patient indique : *« parents restés tous les deux en box le temps qu'ils désiraient. Informations expliquées pour la suite ».*

2.6 Le dossier patient a été officiellement transmis à la famille dans des délais conformes à la réglementation

[217] A la suite du décès, la famille a été contactée le 2 octobre par la délégation départementale du Var de l'ARS dans le cadre de la procédure de recherche de cas contacts (cf. paragraphe 2.6.1) et se rend dans ce cadre au CHITS pour recevoir une prescription médicale pour une antibioprophylaxie. La famille est reçue par le médecin du SMUR qui avait procédé aux derniers soins de réanimation. Celui-ci conseille à la famille de demander le dossier médical du patient.

[218] **Le 8 octobre 2023, la famille du patient s'est présentée aux urgences afin d'obtenir des informations et des explications sur la prise en charge du patient et récupérer ses affaires manquantes.** La famille a été reçue par le chef de service des urgences au moment des faits qui a souligné la gravité de la pathologie et le manque de moyens du service. Selon la famille, il l'aurait également encouragée à porter plainte et à médiatiser l'affaire.

[219] **Le 11 octobre 2023, le CHH réceptionne un courrier recommandé de la famille demandant la communication du dossier médical de son fils.** Conformément aux procédures en vigueur dans l'établissement, la remise du dossier médical d'un patient décédé doit s'effectuer dans le cadre

d'une procédure de médiation organisée par la commission des usagers (CDU). Le 12 octobre, une rencontre est proposée pour le 19 octobre.

[220] **Dans le cadre de la commission des usagers (CDU), une réunion de médiation s'est tenue le 19 octobre** de 14h30 à 16h00 en présence de la famille, du chef du service des urgences au moment des faits, du directeur délégué du CHH, du secrétaire général du CHH, président par interim de la CDU et d'une juriste de l'établissement assurant la coordination de la CDU. Aucun usager, membre de la commission, n'était présent.

[221] Le compte rendu de cette CDU indique : « *Exceptionnellement, le dossier médical du passage des urgences du 30/09/2023 sera remis en intégralité à [la famille], en qualité d'ayant-droit.* ».

[222] Cette mention appelle deux commentaires :

- **le dossier médical a été transmis dans des délais conformes à la réglementation.** L'article L. 1111-7 du code de la santé publique indique en effet que cette transmission doit être faite au plus tard dans les huit jours suivant la demande.
- **La transmission de l'intégralité du dossier médical, en dehors des exemptions prévues par la loi, n'est pas une procédure exceptionnelle** dès lors qu'elle est nécessaire aux ayants droit pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir des droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne décédée. Le refus de la demande par l'établissement doit être justifié et peut faire l'objet d'un recours auprès de la CADA. D'une part, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique stipule que « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* ». D'autre part, l'article R. 1111-1 prévoit que : « *L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé ou un établissement de santé, est demandé par la personne concernée, son ayant droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire.* ». L'article L.1111-7 prévoit une seule exception à la transmission « *pour les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.* ».

[223] Au cours de cette réunion, il est également décidé qu'une seconde rencontre interviendra après la réception des bandes de l'appel au SAMU 83 et sera l'occasion de répondre aux interrogations éventuelles de la famille et d'aborder les voies de recours possibles, amiables et juridiques, contre l'établissement. L'enregistrement de l'appel au SAMU 83 est transmis à la famille le 20 novembre et la réunion a lieu le 21 novembre. Un courrier est adressé le 4 décembre présentant les voies de recours possibles et répondant à certaines interrogations de la famille restées sans réponse lors de la réunion du 21 novembre.

2.7 De nombreuses connexions au dossier médical du patient ont été constatées dont certaines ne semblent pas justifiées

[224] Un dossier médical complet, comprenant notamment les originaux d'un examen complémentaire pratiqué sur le patient, est parvenu au domicile du patient dans une enveloppe à en-tête du CHITS oblitérée le 06 octobre et avec le tampon du service des urgences du CHH.

[225] **L'envoi de ce dossier constitue un acte anonyme et non une erreur du service.** En effet, la procédure en vigueur dans le service implique que tous les éléments et résultats d'examens sous format papier sont scannés le lendemain par le secrétariat du service et archivés. Dans ce cas, aucune archive électronique des pièces originales envoyées à l'adresse du patient n'a été retrouvée.

[226] **Début février, l'établissement a adressé un signalement au Procureur de la République en utilisant l'article 40 de la procédure pénale, a procédé à une déclaration à la CNIL pour violation de données** et a lancé une enquête interne confiée au délégué à la protection des données.

[227] **Cette enquête a mis en évidence 88 connexions au dossier du patient concerné, dont 35 émanent de professionnels n'ayant pas participé à la prise en charge du patient.** Ces personnes vont être convoquées pour explications sur la base de courriers individuels retraçant les accès illégitimes et leur demandant s'ils ont prêté leurs identifiants ou s'ils ont été victimes d'une usurpation d'identité.

[228] **Ces éléments témoignent de manquements graves au respect de la confidentialité des informations,** notamment médicales, sur les personnes hospitalisées, que l'établissement est censé garantir (article L. 1110-4 du code de la santé publique).

2.8 Les signalements obligatoires aux autorités n'ont pas tous été effectués

2.8.1 Le signalement au titre des maladies à déclaration obligatoire a été effectué sans délai conformément au code de la santé publique

[229] La pathologie ayant causé le décès du patient, rendue public par la famille (infection invasive à méningocoque) fait partie des maladies nécessitant un signalement sans délai à l'agence régionale de santé selon les dispositions de l'article R. 3113-3 du code de la santé publique afin que celle-ci « *évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition* ».

[230] **Le diagnostic étiologique de la pathologie a été confirmé à l'établissement le 2 octobre et un signalement a été effectué par le chef de service des urgences auprès de l'ARS le jour même.**

[231] La recherche de cas contacts a été effectuée conjointement par le médecin de l'ARS s'agissant des contacts familiaux et par le chef de service des urgences s'agissant des contacts hospitaliers, en appliquant la définition retenue dans l'instruction n°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet

2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque⁷⁵. Une antibioprofylaxie doit alors être proposée aux personnes contacts dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 10 jours suivants le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité.

[232] **Les contacts familiaux et issus du personnel hospitalier ont été rapidement informés et une antibioprofylaxie leur a été proposée dans les délais compatibles avec ceux fixés dans l'instruction nationale.** La mère du patient est par exemple avertie par appel téléphonique le 2 octobre à 12h40.

[233] **Toutefois, la liste des personnes identifiées comme contacts a été complétée dans un second temps par le voisin de brancard du patient** ayant alerté sur ses conditions de prise en charge. Le chef de service des urgences a en effet déclaré avoir identifié un contact entre les deux patients au cours de leur prise en charge, en visionnant les enregistrements de vidéosurveillance du service des urgences, ce que la mission n'a pu confirmer en visionnant les mêmes images⁷⁶.

[234] Si ce contact n'a pas été considéré comme à risque au regard de l'instruction nationale précitée⁷⁷, il a toutefois été décidé de proposer à ce patient une antibioprofylaxie au regard du contexte et de ses signalements aux autorités. L'antibioprofylaxie est intervenue le 11 octobre soit 12 jours après le contact et hors des délais fixés par l'instruction.

[235] **La mission estime que cette décision était inappropriée.** D'une part le contact à risque n'a pas été formellement établi et d'autre part la mesure est intervenue trop tard pour avoir un intérêt prophylactique. Dans ces conditions, cette décision n'a pu qu'inquiéter inutilement le patient concerné.

2.8.2 La déclaration d'événement indésirable grave associé aux soins n'a pas été réalisée dans les conditions prévues par le code de la santé publique

[236] L'article L. 1413-14 du code de la santé publique prévoit que « *tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé.* » L'article R1413-67 précise qu'un événement indésirable grave associé à des soins (EIGS) est « *un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en*

⁷⁵ Un sujet contact est une personne ayant été exposée directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les dix jours précédant son hospitalisation. Il s'agit principalement des personnes qui vivent ou sont gardées sous le même toit que le cas index pendant sa période de contagiosité. Dans les autres circonstances, l'évaluation du risque doit prendre en compte l'ensemble des critères suivants : la proximité (la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitée par une distance de moins d'un mètre), le type de contact (il s'agit uniquement de contacts en face à face), la durée (il est habituellement considéré que le risque de contamination existe pour une durée dépassant au moins une heure d'affilée. Ce temps peut être diminué si une toux importante et/ou des étternuements fréquents ont été rapportés pour le malade).

⁷⁶ Le compte-rendu de la CDU du 19 octobre indique que le patient concerné était positionné sur un fauteuil dans le couloir du CAP alors que la mission localise, via le visionnage des bandes, qu'il a été installé d'emblée sur un brancard à l'emplacement 2 du couloir des urgences. Aucun contact n'a été établi avec le patient.

⁷⁷ Compte rendu de la médiation de la commission des usagers (CDU) en date du 19/10/2023 et entretien avec le médecin de l'ARS en charge

jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. ». La déclaration d'un EIGS est composée de deux parties :

- une première partie est transmise sans délai à l'ARS, précisant notamment la nature de l'événement et les circonstances de sa survenue ou, à défaut, de sa constatation, ainsi que les premières mesures prises localement pour prévenir la répétition d'événements de même nature ;
- la seconde partie est adressée au plus tard dans les trois mois, précisant notamment le descriptif de la gestion de l'événement, les éléments de retour d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes de l'événement, un plan d'actions correctrices comprenant les échéances de mise en œuvre et d'évaluation.

[237] **L'établissement n'a pas signalé le décès du patient comme un EIGS à l'ARS considérant le décès comme « *probablement inévitable* » et donc non associé aux soins**, tel qu'indiqué dans le rapport circonstancié transmis à l'ARS, malgré l'existence d'un protocole de déclaration⁷⁸ qui reprend précisément la définition des EIGS et décline la procédure à suivre.

[238] **Pour autant, le bilan national 2022 des EIGS établi par la Haute autorité de santé (HAS)⁷⁹ tempère cette interprétation :**

- dans 51 % des déclarations, l'évènement est considéré comme évitable ou probablement évitable par le déclarant ;
- dans 61 % des déclarations, la situation clinique du patient avant la survenue de l'EIGS est jugée plutôt complexe à très complexe, la complexité pouvant être appréciée en fonction de l'incertitude diagnostique, de la lourdeur des moyens diagnostiques ou thérapeutiques à mettre en œuvre ou du caractère inhabituel de la stratégie thérapeutique.

[239] **Ainsi le supposé caractère inévitable de l'évènement ne saurait constituer un motif pour ne pas procéder au signalement et à l'analyse des causes de l'évènement.** Un retour d'expérience collectif est nécessaire pour objectiver les causes du décès et en tirer les éventuels enseignements nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des patients.

[240] **Dans ces conditions, la mission considère que le signalement de l'EIGS aurait dû être fait par l'établissement dans les jours suivant le décès du patient pour se conformer aux dispositions du code de la santé publique.**

[241] **L'ARS avait également estimé, à l'analyse du rapport circonstancié qu'elle avait demandé à l'établissement, que cet événement constituait un EIGS** et lui a demandé, le 18 décembre 2023, de le déclarer et de réaliser une revue de morbi-mortalité (RMM), permettant d'analyser les causes profondes de l'évènement, avec l'appui de la structure régionale d'appui à la qualité des soins (SRAQ).

⁷⁸ PRODIGE.017 – PRO9225 V4 avril 2024

⁷⁹ Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) –ANNEXE – Cahier technique – Haute autorité de santé - 2022

[242] Suite à cette demande, le volet 1 de la déclaration de l'EIGS a été transmis par le CHH le 20 décembre 2023, la réunion de morbi-mortalité a été effectuée le 19 janvier 2024 et le volet 2 de la déclaration transmis à l'ARS le 31 janvier 2024.

2.9 L'ARS, suite à la réclamation d'un témoin, a demandé des éléments circonstanciés à l'établissement sans procéder à un contrôle sur place

[243] L'ARS PACA a eu connaissance du décès du patient dès le 2 octobre 2023 dans le cadre de la procédure de déclaration obligatoire de certaines maladies. **Elle a en revanche été alertée sur les circonstances du décès du patient le 12 octobre 2023** à la réception du courrier de réclamation transmis par son voisin de brancard daté du 2 octobre 2023.

[244] **La réclamation a été analysée le 13 octobre** par une équipe pluridisciplinaire (un gestionnaire administratif, un inspecteur de l'action sanitaire et sociale, un infirmier ou un médecin) de la mission inspection-réclamation de l'ARS. Conformément à sa procédure d'instruction des réclamations, elle s'est rapprochée de l'établissement ou de la structure mis en cause afin de mieux comprendre la situation⁸⁰. **L'ARS a demandé au CHH, par courrier en date du 13 octobre, de lui transmettre sous trois semaines, un rapport circonstancié et l'intégralité du dossier médical du patient décédé.**

[245] Le courrier de l'ARS est réceptionné le 19 octobre et une copie du dossier médical est transmise par le CHH par courrier en date du 8 novembre ainsi que le rapport circonstancié par courrier en date du 10 novembre. **L'ARS réceptionne ces éléments le 15 novembre et demande alors au CHH par mail en date du 27 novembre de lui transmettre le compte-rendu de la réunion de morbi-mortalité (RMM) évoquée dans le rapport circonstancié.** Le CHH transmet en retour le 12 décembre le compte-rendu d'une réunion de staff des urgences datée du 20 octobre qui ne constitue pas en soi une RMM.

[246] **L'ARS demande alors à l'établissement par courrier en date du 18 décembre de déclarer le décès du patient comme un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) et de réaliser une revue de morbi-mortalité (RMM)**, permettant d'analyser les causes profondes de l'événement, avec l'appui de la structure régionale d'appui à la qualité des soins (SRAQ). Suite à cette demande, le volet 1 de la déclaration de l'EIGS a été transmis par le CHH le 20 décembre 2023, la réunion de morbi-mortalité a été effectuée le 19 janvier 2024 et le volet 2 de la déclaration transmis à l'ARS le 31 janvier 2024.

[247] L'ARS a daté son rapport provisoire sur la gestion de cet événement par le CHH le 7 mars. Ce rapport synthétise les éléments transmis par le CHH. **A aucun moment l'ARS ne s'est rendue dans l'établissement ou n'a exercé ses pouvoirs de contrôle** conformément à ses procédures internes et aux orientations nationales :

- *au moment de la réception de la réclamation* : la procédure de traitement des réclamations de l'ARS prévoit de demander des éléments circonstanciés à l'établissement concerné et ne prévoit pas d'inspection en première intention ;

⁸⁰ <https://www.paca.ars.sante.fr/comment-deposer-une-reclamation-1>

- après qu'elle ait demandé à l'établissement de déclarer l'EIGS : compte tenu des orientations nationales visant à promouvoir l'amélioration de la qualité des pratiques et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé et médico-sociaux.

[248] **Le guide d'aide au traitement des déclarations d'évènements indésirables graves associés à des soins par les ARS⁸¹ indique que les inspections doivent rester exceptionnelles et être diligentées avec circonspection lors des déclarations d'EIGS** pour permettre le développement de la culture de sécurité au sein des établissements. Selon ce guide, l'ARS peut diligenter une inspection, par exemple, pour les raisons suivantes :

- les faits rapportés conduisent à penser que l'un ou plusieurs des professionnels concernés ont commis un manquement délibéré à une obligation professionnelle, voire ont manifesté une volonté de nuire, ou en cas d'erreurs graves répétées ;
- les informations transmises ne sont pas cohérentes ou semblent masquer des faits graves autres que ceux rapportés.

[249] **La procédure de gestion des EIGS de l'ARS PACA⁸² prévoit que le déclenchement d'une inspection pendant une procédure EIGS doit rester exceptionnel** et liste des critères pour orienter vers une inspection : l'évènement apparaît comme évitable avec un risque de réitération à court terme (avant le volet 2) et non maîtrisé par l'établissement au vu des premières mesures prises.

[250] **Au regard des éléments transmis par l'établissement, l'ARS n'avait pas d'élément permettant d'affirmer qu'un des critères était rempli.**

[251] En demandant à l'établissement, après analyse du rapport circonstancié transmis, de déclarer le décès du patient en tant qu'EIGS et de procéder à une démarche de retour d'expérience, l'ARS a répondu aux orientations nationales.

[252] Il convient de noter enfin que l'annonce, par la Ministre, d'une enquête confiée à l'Igas a eu lieu le 31 janvier, le jour-même de la réception du volet 2 de l'EIGS.

⁸¹ Note d'information n°DGS/PP1/2019/120 du 10 mai 2019 relative à la transmission du guide d'aide au traitement des déclarations d'évènements indésirables graves associés à des soins par les ARS

⁸² EIGS : modalités d'interaction entre le siège de l'ARS et les délégations départementales - Evénements indésirables graves associés aux soins – ARS PACA – juillet 2023

3 Plusieurs dysfonctionnements sont mis en évidence à l'occasion du décès du patient, dont certains font l'objet d'actions correctives

3.1 Un plan d'actions pour le service des urgences a été établi par l'établissement pour répondre aux difficultés du service et aux analyses réalisées à la suite du décès du patient

3.1.1 Un courrier de l'équipe a été transmis à la direction de l'établissement le 2 octobre pour alerter sur les difficultés structurelles et conjoncturelles du service

[253] Un courrier, daté du 30 septembre 2023, a été signé par la quasi-totalité du personnel soignant du service des urgences durant le week-end du 30 septembre et du 1^{er} octobre 2023 et réceptionné à la direction le 2 octobre 2023. Selon les témoignages recueillis par la mission, ce courrier était en gestation depuis un certain temps, compte tenu des difficultés rencontrés par le service des urgences. Ces difficultés n'ont pas été exprimées lors du staff de service organisé le 29 septembre 2023.

[254] Par ce courrier, les personnels souhaitaient « *exprimer [leur] inquiétude concernant la prise en charge des patients dans le service des urgences* », en raison notamment des « *nombreux dysfonctionnements liés au manque de personnel face à une activité intense* » qui ont eu lieu au cours du week-end du 30 septembre, cette situation devenant selon eux de plus en plus récurrente. Ils souhaitaient alerter sur les délais de prise en charge trop longs du fait notamment :

- de déclarations de tension trop tardives ;
- du manque de place dans les services d'hospitalisation entraînant un temps d'attente trop long et empêchant une prise en charge rapide des nouveaux arrivants ;
- de la surcharge d'activité du service, renforcée par la fermeture des urgences du CH de Gassin-Saint Tropez la nuit.

[255] Selon les termes de ce courrier, ces difficultés mettent les équipes en défaut vis-à-vis des patients, les obligeant pour répondre à cette situation à positionner de plus en plus de brancards dans le service, dont le placement ne permet pas de respecter l'intimité et la sécurité des patients. De plus elles se considèrent en défaut vis-à-vis des familles de patients, qui ne peuvent pas recevoir l'information nécessaire de la part de l'équipe médico-soignante, et des partenaires du service (ambulanciers, SDIS, forces de l'ordre) dont les délais d'attente ne sont pas satisfaisants. **En conclusion, les soignants réclament à la direction un soutien moral ainsi qu'une amélioration de leurs conditions de travail et de leurs moyens de prise en charge.** En réponse à ce courrier, une rencontre avec la gouvernance a été organisée dès le 4 octobre afin d'initier un plan d'actions au SAU (Cf chapitre 3.2).

3.1.2 La visite de certification de la HAS du 16 au 20 octobre pointe plusieurs points d'amélioration au niveau du service des urgences

[256] Le CHH a été certifié par la Haute autorité de santé (HAS) au niveau « *Qualité des soins confirmée* » en février 2024, à la suite notamment d'une visite de certification qui a eu lieu du 16 au 20 octobre 2023⁸³.

[257] Le CHH est donc certifié au second niveau de certification, qui en comporte quatre, et qui correspond à une certification sans conditions (Cf 1.1).

[258] Dans son courrier de notification de la certification, la HAS invite le CHH à poursuivre ses efforts prioritairement sur cinq points pour atteindre la mention « Haute qualité des soins », dont deux concernent plus spécifiquement les prises en charge au sein du service des urgences :

- sécuriser la prise en charge des patients aux urgences, notamment par l'installation de sonnettes d'appel, y compris pour les patients en attente sur les brancards ;
- respecter la confidentialité, l'intimité et la dignité des patients dans l'ensemble de l'établissement, y compris aux urgences ;
- homogénéiser les supports de dossier patient ;
- proposer aux équipes des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences ;
- assurer les formations d'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) des professionnels.

[259] Le rapport de certification indique en effet que « *les examens ne sont pas tous réalisés dans des locaux respectant la dignité et la confidentialité. Lors de la visite, l'ensemble des boxes étant occupés, des patients étaient sur des brancards, dans les couloirs, protégés en partie, par des rideaux mais sans sonnette d'appel ni possibilité de confidentialité, lors des examens. Un projet d'agrandissement est prévu dans le Schéma Directeur Immobilier.* » Le rapport indique également que « *les locaux ne garantissent pas dans l'ensemble de l'établissement le respect de la dignité des patients* ».

⁸³ La méthodologie complète de la certification est disponible dans le rapport de certification de l'établissement disponible sur le site internet de la HAS

3.1.3 La réunion de morbi-mortalité organisée à la demande de l'ARS à la suite du décès du patient a identifié plusieurs axes d'amélioration

[260] Le volet 2 de la déclaration d'EIGS transmis à l'ARS le 31 janvier 2024 identifie comme cause immédiate la non-détection d'une maladie grave à forme atypique. Les facteurs favorisants identifiés par l'établissement à l'occasion de la RMM sont, suivant la grille ALARM⁸⁴ :

- *liés au patient :*
 - tableau clinique atypique pour la pathologie concernée ;
 - constantes dans les normes sauf une ;
 - antécédent d'intolérance alimentaire
- *liés aux tâches à accomplir :*
 - retard dans l'acheminement des examens au laboratoire ;
 - absence de relevé automatique des constantes du scope pour alimenter le dossier patient informatisé (DPI) ;
 - effet de « tunnelisation » sur le diagnostic initialement évoqué ;
- *liés à l'équipe :*
 - communication entre professionnels en partie orale (résultats de laboratoire, départ SMUR) ;
 - défaut de traçabilité dans le dossier, notamment l'heure d'administration des thérapeutiques, régularisée a posteriori ;
 - communication avec la famille : règle des visites interdites au sein des urgences, partiellement compensée par un lien téléphonique à plusieurs reprises entre le médecin et la famille.
- *liés à l'environnement de travail :*
 - nombre insuffisant d'ordinateurs disponibles entraînant l'utilisation de la session de son collègue pour tracer les actes. Absence d'ordinateur en salle de déchocage pour tracer en temps réel les actes ;
 - forte activité aux urgences, associée à la fermeture nocturne des urgences du CH de Gassin-Saint Tropez, et nombreuses sorties SMUR ;
 - départ SMUR interrompant la prise en charge du premier médecin et nécessitant l'intervention d'un second médecin.
- *liés au contexte institutionnel :*
 - politique de santé publique régionale : fermeture nocturne des urgences du CH voisin, responsable d'un transfert d'activité nocturne impactant l'activité de la journée.

⁸⁴ La grille ALARM, développée par la Haute autorité de santé, classe l'ensemble des facteurs favorisants (causes racines) des événements indésirables en 7 catégories : patient, tâches à accomplir, professionnels, équipe, environnement de travail, organisation et management, contexte institutionnel.

[261] **Aucun facteur favorisant n'a été identifié pour les rubriques portant sur les professionnels et sur l'organisation et le management.**

[262] **Les facteurs favorisant (causes profondes) identifiés sont globalement cohérents avec ceux identifiés dans les déclarations d'EIGS en lien avec les services d'urgences transmis à la HAS.**

Bilan des EIGS déclarés dans les services des urgences

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en mai 2024 un rapport d'analyse de risque détaillé sur les EIGS en lien avec les services des urgences, déclarés entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 mars 2023⁸⁵.

Les trois causes immédiates les plus déclarées sont les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (qui concernent surtout des défauts de surveillance ou des retards de prise en charge), puis les erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic (qui relèvent principalement de la stratégie thérapeutique globale ou de l'interprétation des données du tableau clinique) et les actions du patient contre lui-même (suicides, tentatives de suicide, sorties à l'insu du service).

Les causes profondes sont multiples. Les principales catégories déclarées concernent les facteurs liés aux patients (état de santé et antécédents), à l'environnement de travail (charge de travail des professionnels, exigüité et configuration des locaux, équipements et fournitures), aux tâches à accomplir (en lien avec les protocoles, les résultats d'examen complémentaires et aux définitions mêmes des tâches), à l'équipe (communication entre professionnels, transmissions et alertes, informations écrites).

Dans son rapport, la HAS formule 8 préconisations pour améliorer la sécurité des patients dans les services des urgences.

[263] **Le plan d'actions consécutif à cette analyse des causes identifie cinq mesures correctrices à mettre en œuvre au cours de l'année 2024 par l'établissement :**

- *réflexion à mener sur la classification de l'urgence d'un patient* : Mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire pour réfléchir sur l'intégration du score de News dans la priorisation IOA et le suivi des patients aux urgences
- *optimiser l'acheminement des tubes sanguins* : Mettre en place un système d'alerte pour le coursier de laboratoire lors de son passage pour informer l'équipe (recours à un BIP) - Mettre en place une procédure d'appel pour donner les résultats anormaux au médecin prescripteur - Voir avec le SI la possibilité de mettre en place des outils permettant le relevé des constantes de manière automatique ;
- *améliorer les transmissions et la traçabilité en temps réel dans le DPI* : Mettre un ordinateur à disposition à la SAUV- Rappeler par une réunion d'information dédiée l'intérêt de la traçabilité du DPI ;
- *améliorer la PEC des patients ayant un choc septique* : Rédiger un protocole sur la prise en charge du choc septique (choix de l'antibiothérapie à spectre communautaire) ;

⁸⁵ Haute autorité de santé - Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences – 25 avril 2024

- *améliorer la communication avec les familles* : Travailler sur un circuit de transmission d'information aux familles - Organiser une réunion collégiale avec l'équipe du SAU pour discuter de la mise en place de visites courtes autorisées.

[264] **De ses entretiens avec les professionnels, la mission a pu relever que le compte rendu de la RMM n'a pas été diffusé, ni à l'ensemble des participants, ni aux équipes.** Un retour oral a été fait durant un staff de service. Les conclusions de la RMM n'ont pas été partagés en commission des usagers.

[265] Dans son rapport provisoire, l'ARS souligne l'absence de réflexion sur le délai entre l'arrivée du patient et le moment où le prélèvement biologique est effectué.

3.2 Le plan d'actions pour le service des urgences reprend l'ensemble des mesures identifiées dont certaines sont déjà mises en œuvre

[266] Un plan d'actions relatif à l'amélioration du fonctionnement du service des urgences du CHH a été mis en place au dernier trimestre 2023 pour répondre aux demandes formulées par les soignants. Il a été enrichi au début de l'année 2024 de sorte que **l'ensemble des mesures identifiées lors de la certification HAS et de la RMM organisée à la suite du décès du patient y sont reprises (cf. annexe 6).**

[267] **Ce plan d'action comprend 58 mesures** et fait l'objet d'un suivi régulier assuré par le directeur délégué et le président de la commission médicale d'établissement du CHH. **Au 18 avril 2024, 21 mesures de ce plan d'actions ont été mises en œuvre.** Parmi celles-ci figurent notamment :

- la réouverture des lits de gériatrie début janvier 2024 ;
- la création d'un poste supplémentaire d'aide-soignant dans le service ;
- la mise en place, à titre expérimental pendant 3 mois, d'un agent de liaison pour améliorer l'accueil et l'information des familles ;
- l'installation d'ordinateurs en salle de déchocage ;
- des démarches auprès du Grades pour modifier la grille de tri, et dans l'attente, l'ajout d'un score complémentaire ;
- l'extension des examens susceptibles d'être réalisés en biologie délocalisée.

[268] **La mission note que ces mesures sont de nature à améliorer les prises en charge des patients et de leurs accompagnants aux urgences du CHH. Elle souligne toutefois que ce plan d'actions présente quelques faiblesses :**

- *certaines actions ne sont pas assorties d'un résultat attendu précis.* A titre d'exemple, pour améliorer la communication avec les familles, une action porte sur l'organisation d'une réunion collégiale avec l'équipe du SAU pour discuter de la mise en place de visites courtes autorisées. Si cette réunion a eu lieu et des principes retenus, il n'est pas prévu à ce stade de formaliser ces nouvelles règles et de modifier les supports d'information en conséquence (ex. livret d'accueil, affichage dans la salle d'attente). De même les indicateurs du service,

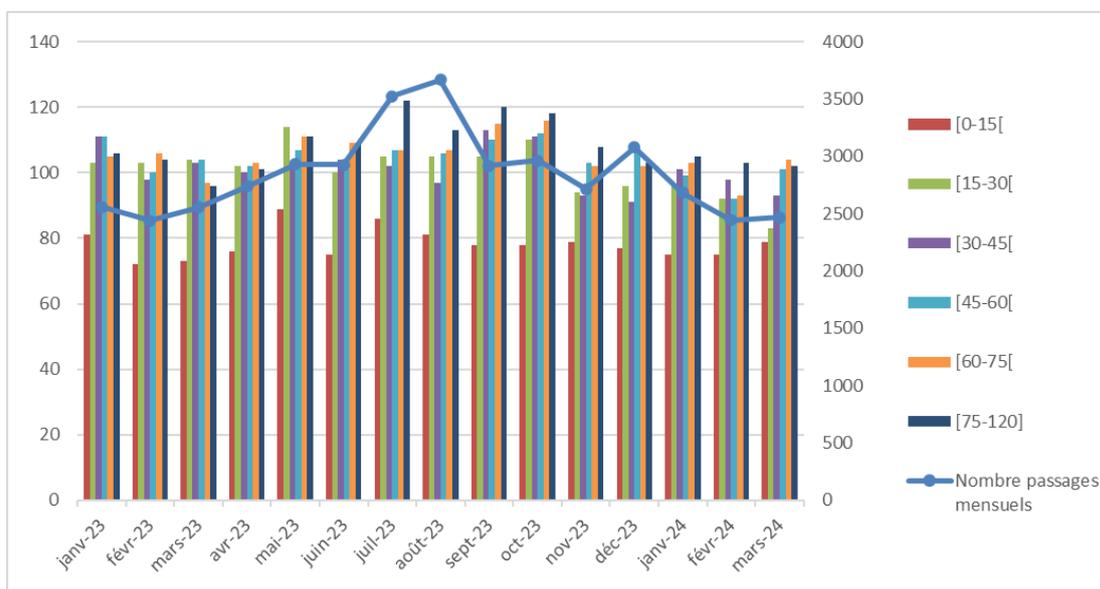
notamment le délai d'attente, sont relevés mais les modalités d'analyse et d'exploitation ne sont pas définies.

- certaines actions réalisées ne répondent pas totalement à l'objectif initial. A titre d'exemple, l'action, définie à la suite de la RMM, est d'améliorer la prise en charge des patients par un protocole sur la prise en charge du choc septique (choix de l'antibiothérapie à spectre communautaire). Elle se traduit par l'élaboration d'un document intitulé « *Protocoles Antibiotiques* » qui regroupe le traitement de différentes pathologies infectieuses dont la bactériémie avec sepsis et les méningites. **Il n'y a pas à ce jour de protocole portant sur le repérage précoce, le diagnostic et l'ensemble du traitement du choc septique.**

[269] Par ailleurs, la mise en œuvre du plan d'actions ne s'accompagne pas d'un dispositif d'évaluation de son impact sur la qualité des prises en charge, en particulier sur les délais d'attente et les durées de séjour.

[270] Il est trop tôt pour mesurer l'impact de ce plan d'actions, dont la mise en œuvre reste par ailleurs partielle. Toutefois, la réouverture des lits de gériatrie, en janvier 2024, n'a eu qu'un impact modéré sur les délais moyens d'attente des personnes âgées de plus de 75 ans. Ce délai est même supérieur en mars 2024 à celui constaté en mars 2023 où 19 lits étaient fermés. La durée moyenne de séjour, tous âges confondus, est également légèrement supérieure à celle constatée au premier trimestre 2023 (298 minutes contre 296 minutes). Elle est en revanche nettement inférieure à la durée moyenne constatée à la rentrée 2023 (317 minutes en septembre 2023 et 326 minutes en octobre 2023) qui constituaient une période particulièrement dégradée.

Graphique 3 : Durée moyenne d'attente par catégorie d'âge (en minutes)



Source : CHH

[271] La mission recommande donc que la mise en œuvre de ce plan d'action fasse l'objet d'un suivi par l'ARS⁸⁶, a minima à la fin du premier semestre 2024 et à la fin de l'année 2024, et qu'il soit complété d'une évaluation de son impact sur la qualité des prises en charge.

Recommandation n°1 Confier à l'ARS la supervision de la mise en œuvre du plan d'actions du service des urgences et mettre en place un dispositif d'évaluation de l'impact de ce plan sur la qualité des prises en charge

3.3 Le plan d'actions pour le service des urgences ne couvre pas l'ensemble des dysfonctionnements constatés par la mission

[272] Le plan d'actions pour le service des urgences est dense mais reste incomplet. Les investigations de la mission mettent en effet en évidence des facteurs favorisant la survenue de cet EIGS liés à l'organisation du service, dont certains avaient été identifiés lors de la RMM.

[273] Les recommandations de la mission ci-dessous auront donc vocation à compléter ce plan d'actions.

3.3.1 Sécuriser les prises en charge des patients

Au niveau du tri

[274] **La grille de tri actuellement recommandée au niveau national par la SFMU est la FRENCH** (FRench Emergency Nurses Classification in Hospital triage), évolution de la CIMU. Elle fait correspondre aux principaux motifs de consultation aux urgences classés par appareil un des 6 niveaux possibles de tri médian (cf annexe 7). **Les constantes relevées lors de l'admission (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie, score de Glasgow) ainsi que le niveau de douleur jouent le rôle de modulateurs de la gravité.**

[275] La mission s'est rapprochée de la SFMU en lui demandant d'effectuer la cotation de différents cas cliniques. Le tri médian de la symptomatologie présentée par le patient par la grille French est « 3B » (fixant le délai d'intervention médicale dans les 90 min). **Les constantes et le niveau de douleur relevés à l'admission pour ce patient modulent cette gravité en « tri 2 » selon cette grille French, indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 20 mn.**

[276] **La grille de tri à disposition dans le Terminal Urgences est élaborée sur le même modèle que la CIMU.** Dans cette échelle de tri, les valeurs anormales des constantes ne sont pas des modulateurs de la gravité du patient à la différence de la FRENCH, seul le niveau de douleur, par l'attribution volontaire par l'IOA d'une étoile au niveau de tri défini, permet de solliciter une intervention rapide dans les 20 mn du médecin. **La mission a utilisé la grille de tri du TU, la classification de la gravité présentée par le patient est « tri 3 », indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 60 mn.** Il n'y a pas la possibilité d'appliquer de modulateurs selon les résultats de la mesure des paramètres vitaux.

⁸⁶ Le guide d'aide au traitement des déclarations d'événements indésirables graves associés à des soins par les ARS prévoit cette possibilité.

[277] Cette échelle de tri « TRIAGE PACA », créée en 2012, est administrée par le GRADES et est largement déployée dans les services d'urgences de la région PACA. L'utilisation de la grille French recommandée par la SFMU est préférable (cf. partie 4 du rapport).

Au niveau de la prise en charge dans le service

[278] L'analyse des circonstances du décès du patient a mis en évidence des problèmes de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge. En particulier, la surveillance de l'ensemble des patients, et notamment des patients en attente de prise en charge paramédicale ou médicale, n'est pas organisée de manière sécurisée. Personne n'est réellement identifié pour vérifier les délais de prise en charge, le contrôle régulier des constantes, l'évaluation et le traitement de la douleur ainsi que son évolution.

[279] La mission a souhaité prendre connaissance des fiches de postes des médecins au sein du service. Aucune fiche de poste n'était en vigueur en septembre 2023. Il a été indiqué à la mission que la description des postes se faisait au cours d'un compagnonnage initial et que le principe retenu était la souplesse d'organisation afin de faire face à tout type de situation.

[280] La mission a eu accès à la fiche de poste du médecin référent en cours d'écriture⁸⁷. Ce projet de fiche lui confie le rôle « d'interlocuteur de l'IOA pour toute problématique », mais ne détaille pas le rôle propre du médecin notamment dans l'orientation initiale et dans la priorisation des patients (RFE44), et le repérage de ceux susceptibles de s'aggraver (RFE 49). Elle ne mentionne pas non plus l'ancienneté et l'expérience nécessaire pour occuper cette fonction (RFE 47 et 48). La fiche de poste stipule également que ce médecin assure le rôle de « référent auprès des IDE dans les urgences pour des questions concernant des patients installés dans les urgences mais non encore affectés à un médecin » en précisant la mission de « validation de la prise en charge » et de « supervision d'un examen réalisé », la lecture de l'ECG est citée en exemple. Ceci appelle plusieurs remarques de la part de la mission :

- la place et le rôle du médecin référent concernant des patients installés dans les urgences mais non encore affectés, ni à un médecin, ni à un soignant, n'est pas décrite. C'est la situation dans laquelle est le patient dont la mission analyse la prise en charge et pour lequel à ce moment-là aucun IDE n'a la charge et n'est en mesure de questionner le médecin référent ;
- la simple « lecture » des examens complémentaires par le médecin référent n'est pas suffisante, les recommandations professionnelles prévoyant également lors de la phase de triage, qu'il soit procédé à son interprétation et à sa signature⁸⁸.
- cette fiche de poste recommande que le médecin référent « prenne en charge les patients présentant un index de gravité CCMU entre 3 et 5 ». La mission rappelle que la CCMU (classification clinique des malades aux urgences) n'est pas une échelle de tri mais une classification qui ne se détermine qu'après un examen clinique initial par un médecin. Il convient donc d'employer la codification de gravité de la grille de tri utilisée dans le TU pour

⁸⁷ Fiche de poste Médecin référent en cours d'écriture (INS 10949 – Avril 2024)

⁸⁸ RFE 45 - Il faut que le médecin référent interprète rapidement et signe l'ECG réalisé lors du triage (accord fort).

définir les patients qui devront préférentiellement être pris en charge par le médecin référent.

- la surveillance du délai de prise en charge et les éventuelles actions à conduire en cas de dépassement de ce délai ne sont pas non plus évoquées.

[281] **La mission estime que la fiche de poste du médecin référent doit être complétée pour lui confier une véritable fonction organisationnelle.** Les autres fiches de postes médecin Urgences et médecin SMUR doivent également être développées.

[282] Dans ces conditions il convient de s'interroger sur le poste le plus à même d'assumer cette fonction de médecin référent nécessitant de la disponibilité pour porter un regard global sur la situation du service et répondre aux sollicitations. Il pourrait ainsi être opportun de faire porter en priorité cette fonction sur le médecin SMUR quand il est présent dans le service en le déchargeant de la prise en charge des patients et sur le médecin en charge de la filière courte, dont les tâches peuvent être interrompues et le bureau situé à proximité de l'IOA, quand le médecin SMUR est en intervention. L'objectif serait en effet de consacrer l'activité de deux médecins à la prise en charge des patients au sein du service des urgences.

Recommandation n°2 Confier au médecin référent la mission de superviser l'attribution des patients au personnel soignant et médical et de veiller au respect des délais de prise en charge

[283] **D'autre part, il n'est pas prévu, dans l'organisation du service de règles d'attribution des patients aux soignants ni par ordre d'arrivée, ni par secteur, ni par ordre de connexion au dossier informatisé.** Chacun s'identifie sur le dossier du patient comme responsable au fur et à mesure de sa disponibilité et selon la gravité des patients. De fait, ces patients admis rapidement au sein du service et installés sur des brancards, constituent une véritable file d'attente à l'intérieur du service.

[284] **La réévaluation des constantes lors de la phase d'attente où lorsque le délai maximal défini par le triage est dépassé n'est pas non plus prévue.** La fiche de tâches de l'IDE Box⁸⁹ prévoit une surveillance en cas de sortie précoce de box lorsque les patients sont orientés vers les couloirs ou la zone de tri mais pas lorsqu'ils sont dans le couloir en attente d'être pris en charge.

[285] **Lorsque le délai maximal de prise en charge par un médecin est atteint, aucune action particulière (identification d'un responsable, contrôle des constantes) n'est prévue,** ceci ne répond pas aux recommandations professionnelles⁹⁰.

Recommandation n°3 Formaliser les modalités de surveillance de la file d'attente interne au service avant attribution à un IDE ou à un médecin. Définir la personne en charge (infirmier de file d'attente, médecin référent) et les actions à effectuer en cas de dépassement du délai de prise en charge

⁸⁹ Fiche de tâches IDE Box Jour (INS 9322, avril 2019, V5)

⁹⁰ RFE16 - Les experts recommandent une réévaluation sommaire des patients en attente quand le délai prévu par le triage est dépassé.

[286] D'autres difficultés organisationnelles sont apparues dans le cadre de la prise en charge du patient et des investigations de la mission :

- **l'absence de sectorisation des IDE**, si elle est assumée par le service pour des raisons de conditions de travail, nécessite une bonne coordination entre les intervenants. Toutefois, les organisations professionnelles recommandent un poste continu 24 heures sur 24 dédié à la surveillance des salles de déchocage⁹¹ ;
- **la définition de certaines tâches spécifiques n'est pas toujours claire**, en raison de protocoles indisponibles, non adaptés ou non utilisés, selon les déclarations de deux EIGS liés à la prise en charge aux urgences en 2022-2023.

[287] **La mission a notamment pu constater qu'un certain nombre de procédures décrivant le fonctionnement du service étaient, à fin 2023, soient manquantes, soit non mises à jour depuis quelques années.** A titre d'exemples :

- les fiches de tâches des différents postes médicaux du service ont été créées en avril 2024 après que la mission en a sollicité la transmission ;
- les fiches de tâches des postes infirmiers n'ont pas été mis à jour depuis 2019, à l'exception des fiches de postes IAO et infirmier gériatrique aux urgences (IGU) ;
- la procédure fixant le renfort ponctuel de l'effectif paramédical IDE dans le service des urgences a été créée en février 2024, alors que le dispositif de renfort est en place depuis plusieurs mois ;
- la procédure de gestion des tensions hospitalières, prévue dans le plan d'actions pour le service des urgences, a été rédigée en janvier 2024 mais n'est toujours pas validée. Elle n'intègre pas le besoin journalier minimal en lits (BJML) pour anticiper les situations de tension⁹².

[288] **Ce manque de formalisme est préjudiciable au fonctionnement du service**, dans un contexte de fort renouvellement de l'équipe en 2022. Si les professionnels rencontrés par la mission ont souligné l'importance de la transmission orale des informations utiles au fonctionnement du service, les interprétations pouvaient différer. Or l'absence de règles précises et partagées peuvent dégrader l'action du service.

[289] **La mission recommande de procéder à une revue des procédures existantes au sein du service, en lien avec la direction qualité.** Il s'agira à la fois d'identifier les procédures manquantes, celles dont la dernière mise à jour est ancienne ou dont le sujet a fait l'objet de modifications substantielles et de prioriser les productions nécessaires.

Recommandation n°4 Procéder à une revue des procédures de fonctionnement, protocoles et fiches de poste du service et les intégrer dans un règlement intérieur du service des urgences

⁹¹ Samu-Urgences de France - Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD) - Novembre 2011

⁹² CIRCULAIRE n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

[290] **La RMM consacrée au décès du patient a également identifié, comme facteur favorisant, un déficit de sécurisation pour la transmission des informations entre les professionnels chargés de la prise en charge du patient** (notamment lors des départs du SMUR ou de la réception d'examens complémentaires).

[291] Après la relève de l'équipe de jour, aux alentours de 19h, qui transmet les informations concernant l'ensemble des patients à l'équipe de nuit, il n'y a pas de répartition fléchée des patients, chaque professionnel s'identifie sur le dossier du patient comme responsable au fur et à mesure de sa disponibilité et selon la gravité des patients. Un examen complémentaire déjà réalisé mais non tracé est resprescrit. Des interventions ponctuelles sont validées sur le dossier du patient sans que pour autant l'intervenant soit en responsabilité du patient.

[292] **La mission relève l'intervention successives de sept personnels non médicaux et la récurrence de périodes sans soignant en responsabilité.** La mission préconise de mener une réflexion sur les modalités de transmission afin d'éviter en post relève une nouvelle période où aucun soignant n'est en responsabilité du patient. Une transmission personnalisée des informations concernant les patients, d'agent à agent, avec connexion immédiate au dossier en tant que responsable pourraient être envisagés afin de garantir la continuité des soins.

Recommandation n°5 Organiser des transmissions personnalisées lors des relèves afin de garantir la continuité des soins et le droit à la confidentialité

[293] Un autre EIGS, déclaré en 2022 portant sur une prise en charge au sein des urgences du CHH, a également pointé des facteurs favorisant liés à un manque de communication et de transmission d'informations entre professionnels du service.

[294] **Le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) développé par la HAS pour sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient par l'amélioration du travail en équipe peut constituer une aide utile à ce service sur ce point.** Ce programme vise à promouvoir un environnement facilitant le travail en équipe efficace, à partir d'un ensemble de méthodes et d'outils proposés sur les aspects cliniques mais également sur le travail en équipe (communication entre les professionnels et avec le patient, place du patient en tant que partenaire de l'équipe, gestion des risques en équipe, capacité d'alerte, écoute, entraide, gestion du stress, etc.).

[295] Cette démarche a été lancée en 2022, au sein du CHITS, pour l'équipe du SAMU avec un accompagnement méthodologique et une animation par la SRAQ.

Recommandation n°6 Développer la coopération entre professionnels en initiant des démarches de travail en équipe selon la démarche PACTE de la HAS

Au niveau de la prise en charge des échantillons biologiques

[296] **La convention fixant les modalités de coopération entre le CHITS et le CHH pour la réalisation des examens de biologie médicale est dorénavant caduque :** signée en 2017, cette convention était établie pour une durée de 1 an et pouvait être renouvelée par tacite reconduction pour une durée maximale de 5 ans.

[297] **La rédaction d'une nouvelle convention doit être l'occasion de renforcer les exigences en matière de qualité de service, notamment sur les délais d'acheminement des échantillons, les délais d'analyses et les délais de restitution des résultats.** La précédente convention était

principalement ciblée sur les considérations financières et ne prévoyait aucun objectif ou engagement du CHITS en matière de qualité. Une réunion annuelle est organisée tous les ans entre le CHH et le laboratoire.

[298] **Une attention particulière devra être portée sur l'organisation de l'acheminement des prélèvements sanguins au CHITS** en modifiant le cas échéant les dispositions contractuelles passées avec le prestataire de service du CHITS. La mission recommande notamment de :

- harmoniser les horaires de ramassage des échantillons pour faciliter leur appropriation par les soignants. A titre d'exemples, en fin d'après-midi, les tournées en semaine ont lieu à 17h30, 18h45 et 19h30 et le week-end à 17h45 et 19h00 ; la première tournée du week-end a lieu à 7h30 le samedi et à 8h00 le dimanche ;
- Sanctuariser les horaires des tournées de collecte des échantillons pour le CH Hyères en prévoyant des tournées exclusives⁹³ ; prévoir des modalités différentes pour la collecte d'échantillons d'autres établissements, y compris en cas d'urgence ;
- fixer des délais maximums dans la convention pour l'acheminement des échantillons.

Recommandation n°7 Renforcer les objectifs de qualité de service, notamment en termes de délai d'acheminement des prélèvements, au sein de la convention passée entre le centre hospitalier de Hyères et le laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier de Toulon

3.3.2 Améliorer la traçabilité des prescriptions et des actes réalisés

[299] **La mission a pu constater des pratiques non conformes en matière de traçabilité des actes et des prescriptions.**

[300] **Des informations peuvent être tracées sur le dossier en utilisant l'identifiant d'un autre professionnel.** A 21h43, le dossier médical indique que c'est un infirmier, physiquement absent du service des urgences à ce moment-là qui relève les constantes. Les équipes relatent qu'elles utilisent parfois une session déjà ouverte sur un ordinateur sans penser à changer l'identifiant. Il n'y a pas de déconnexion automatique lorsqu'un professionnel quitte son poste informatique. Celle-ci n'intervient qu'au bout de 60 mn.

[301] Le responsable de la sécurité informatique (RSI) indique que l'établissement réfléchit à la mise en place de badge de connexion directe sur les ordinateurs, via les cartes CPS éventuellement. Un projet plus global au niveau du GHT est à l'étude avec la mise en place d'une solution numérique stockant et synchronisant les informations d'identification de l'utilisateur (Same sign on – SSO).

[302] **La mission a également constaté qu'une série de modifications, suppressions et inscriptions réalisées le 1^{er} octobre après le décès du patient ne sont pas spontanément identifiables à la**

⁹³ Le prestataire de transport a analysé les causes du retard dans les tournées le 30 septembre 2023 et adressé des instructions internes le 04 avril 2024 pour sanctuariser les horaires des tournées du CHH, même en cas d'urgence, et interdire le déroutement des vecteurs de transport par la régulation.

lecture du dossier. Elles sont mises en évidence en croisant avec le fichier des histologs et sont de nature à gêner la restitution d'un déroulé précis de la prise en charge. A titre d'exemples :

- à 21h18, une observation infirmière est initialement inscrite sur le dossier informatisé. Elle est complétée par le résultat d'un examen complémentaire à 21h45. L'examen des connexions au dossier relève que des éléments complémentaires y sont rajoutés à 2h42 et que la totalité de l'observation est déplacée pour n'apparaître qu'à 21h30.
- des relevés de constantes sont saisis a posteriori : ceux de 22h30 et 23h05 sont renseignés à 3h31.

[303] Pour sécuriser les prises en charge, il convient de corriger ces dysfonctionnements qui proviennent à la fois de problématiques matérielles et de pratiques.

Recommandation n°8 Sécuriser les connexions et rappeler aux professionnels les règles juridiques de tenue du dossier patient, notamment la traçabilité rapprochée des prescriptions et des actes

3.3.3 Renforcer la politique qualité du service

[304] **Le signalement des événements indésirables est effectué au sein du CHH via un logiciel unique accessible à tout professionnel.** Ce logiciel oriente les signalements vers un référent identifié pour chaque domaine d'activité concerné. La liste des référents est adressée au personnel de l'établissement.

[305] **Un comité de revue des événements indésirables est en place pour améliorer le signalement, l'analyse et le traitement des événements indésirables. Il se réunit deux fois par mois** pour assurer une lecture de l'ensemble des DEI (hors PUI, Urgences, Bloc/Stérilisation, Maternité/Obstétrique, Endoscopie) les réorienter si nécessaire sur une thématique plus appropriée, identifier les EI nécessitant une analyse approfondie de type ALARM ou RMM ou relancer les référents ne répondant pas aux DEI⁹⁴.

[306] **Trois dispositifs spécifiques de revue des événements indésirables s'ajoutent à ce dispositif pour les urgences, le circuit du médicament et le bloc opératoire. La fréquence de réunion du comité de revue des urgences est trimestrielle⁹⁵.** Elle est plus faible que la revue globale, alors que le secteur des urgences est considéré comme une activité à risque.

[307] **La fréquence prévue pour les revues des événements indésirables n'a pas été respectée.** La commission de revue des EI des urgences ne s'est réunie qu'entre une et trois fois par an. En 2022, l'unique revue s'est tenue le 11 mai 2022. La revue suivante datée du 18 avril 2023 a donc traité les EI signalés entre juin 2022 et avril 2023. Le fonctionnement de la commission de revue des EI apparaît donc perfectible.

⁹⁴ Charte de fonctionnement du comité de revue des événements indésirables -septembre 2021

⁹⁵ Bilan d'activité de la Direction qualité gestion des risques communication (DQGDRC) 2023

[308] **Les bilans annuels ces trois dernières années montrent une augmentation sensible du nombre de déclarations d'EI en lien avec les prises en charge aux urgences**, passant de 46 déclarations en 2021 à 118 déclarations en 2023. Cette augmentation peut être liée à une sensibilisation accrue des personnels de l'établissement à l'intérêt de ces déclarations.

[309] **Pour autant, aucune analyse globale des EI n'a été communiqué à la mission.** Les comptes-rendus des revues montrent un traitement individuel de chacun des EI mais ne présentent pas d'analyse combinée des EI pour en tirer d'éventuelles causes profondes communes permettant d'alimenter le plan d'action des urgences ou le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Tableau 7 : Bilan des dispositifs de signalement des événements indésirables du service des urgences

Année	2021	2022	2023
Nombre de DEI	46	96	118
Nombre de revues	2	1	3
Nombre de fiches ALARM	0	1	7
Nombre d'EIGS signalés	0	1	6 ⁹⁶

Source : CHH

[310] **S'agissant des signalements d'EIGS aux autorités, les bilans annuels montrent une pratique limitée jusqu'en 2022 et une augmentation sensible en 2023.** Aucun EIGS n'a été signalé à l'ARS en 2021, un en 2022 et six en 2023. La mission a donc analysé les EIGS déclarés. Trois constats peuvent être tirés de cette analyse :

- **L'augmentation des signalements d'EIGS est conjoncturelle et centrée sur le mois d'octobre 2023.** Sur les six EIGS déclarés en 2023, quatre concernent des événements qui ont eu lieu en octobre 2023. Depuis octobre 2023, aucun EIGS n'a été signalé à l'ARS en lien avec le service des urgences ;
- **les cinq signalements d'EIGS en 2023, en dehors de celui concernant le patient, sont susceptibles d'être liés aux conditions de surveillance** au sein du service. La charge de travail, le manque de moyens et la configuration des locaux sont évoqués comme une cause profonde ;
- **l'établissement ne sollicite jamais l'appui d'une expertise externe pour procéder aux analyses approfondies de cet événement.** En dehors du cas du patient où le recours à la SRAQ a été demandé par l'ARS, l'établissement a toujours indiqué, dans les volets 1 de ses formulaires de signalement, disposer des compétences internes pour les réaliser et ne pas souhaiter un tel appui.

[311] **Dès lors, la mission estime que la culture du signalement des événements indésirables et de leur analyse systématique doit être encore développée.** D'une part, la fréquence faible des revues de DEI et leur absence d'analyse globale ne permet pas de détecter des presque-événements. D'autre part, l'absence de signalement d'EIGS dans le cas du patient et de manière plus globale le

⁹⁶ Un EIGS a été déclaré le 4 janvier 2023 pour un incident survenu le 30 décembre 2022

faible nombre d'EIGS signalés interpellent. Enfin un recours plus fréquent à la SRAQ serait de nature à amplifier l'analyse des causes profondes des EIGS signalés.

[312] Dans ces conditions, la mission recommande de procéder à un suivi plus resserré des événements indésirables liés aux prises en charge aux urgences en l'intégrant dans la revue générale des événements indésirables de l'établissement et de solliciter une expertise externe pour l'analyse des EIGS.

Recommandation n°9 Assurer un suivi renforcé des événements indésirables du service des urgences dans le cadre de la politique qualité de l'établissement

3.3.4 Améliorer les conditions d'accueil et d'information des accompagnants

[313] **La salle d'attente des urgences n'est pas adaptée à la préservation de l'intimité des patients et à l'accueil des familles**, comme a pu le constater la mission à l'issue de deux périodes d'immersion inopinées.

[314] **L'intimité des patients ne peut être assurée au niveau du guichet d'admission**. Celui-ci est situé à l'entrée du bâtiment, sans possibilité de l'isoler du reste de la salle. Les conversations entre l'agent d'accueil et les patients sont entendus par les personnes présentes en salle d'attente, y compris les échanges portant sur les motifs d'admission.

[315] **La salle d'attente a une capacité limitée à 18 places assises, de sorte que celle-ci est rapidement remplie** par les patients en attente d'être examinés au niveau du poste de triage, les patients passés par ce poste et attendant leur prise en charge ainsi que par leurs accompagnants. Il n'existe pas de circuit de sortie différent et les patients quittent donc le service par la salle d'attente, complexifiant également les flux.

[316] **Les informations données aux accompagnants quant aux règles d'accès à la salle d'attente ne sont pas actualisées**. Une affiche située à côté du guichet d'admission indique qu'« *en salle d'attente le nombre de personnes est limité. Les accompagnants ne sont pas admis sauf pour les mineurs* ». Interrogée par la mission, la direction de l'établissement a reconnu que l'accès à la salle d'attente était bien possible pour les accompagnants, la règle affichée datant de la période du Covid.

[317] **Les informations données aux accompagnants quant aux règles d'accès au service des urgences sont discordantes :**

- la charte du parcours patients aux urgences affichée à proximité du secrétariat médical indique que les visites dans le service des urgences sont autorisées « *sur décision médicale, pour les personnes mineures, sous tutelle, ou porteuses d'un handicap et lorsque le pronostic vital est en jeu* » ;

- l'écran télévisé indique que « les visites auprès des patients sont régulées (1 seule personne, temps limité) et soumises à autorisation du médecin en fonction des soins apportés aux patients. »⁹⁷.

[318] Les règles en vigueur s'agissant des visites sont celles figurant dans la charte. Ces règles ont été fixées lors du Covid et n'ont pas été réévaluées depuis. Le compte-rendu de la CDU du 19 octobre évoque également un contexte d'agressivité accru à l'égard des soignants justifiant l'absence de visite dans le service.

[319] **La mission considère que la configuration des locaux des urgences ne permet effectivement pas de faire rentrer les accompagnants de manière systématique, en particulier les jours de forte affluence. Elle considère toutefois que les règles d'accès, particulièrement restrictives, pourraient être assouplies et que des visites courtes et encadrées pourraient être envisagées**, notamment en s'appuyant sur l'agent de liaison. Une telle évolution est envisagée par l'établissement dans le cadre du plan d'actions mais n'est pas formalisée à ce stade.

[320] **Il s'agit notamment de répondre aux nouvelles dispositions de la loi n°2024-317 du 8 avril 2024, dite loi « bien vieillir » (cf. partie 4).**

Recommandation n°10 Redéfinir des règles d'accès des accompagnants au sein du service des urgences et harmoniser en conséquence les supports d'information

[321] **Par ailleurs, la mission a pu appréhender *in concreto* le rôle de l'agent de liaison chargé de faire le lien entre les accompagnants dans la salle d'attente et l'équipe de soins.** La création de cette fonction a été décidée dans le cadre du plan d'actions du SU et mis en place, à titre expérimental, à la fin du mois de mars pour une période de 3 mois. Deux aide-soignants en reclassement assurent alternativement cette fonction de 11h à 18h30.

[322] **Les missions relationnelles inscrites dans la fiche de tâche ont bien été assurées** lors de la période d'immersion inopinée : l'agent en charge rencontrait de manière proactive les personnes présentes dans la salle d'attente pour se renseigner sur leurs questions et leurs besoins, faisait le lien si nécessaire avec l'équipe soignante pour obtenir les informations demandées et accompagnait les patients lors de leur sortie.

[323] S'il est trop tôt pour dresser un bilan de cette mesure, l'établissement considère que les premiers retours sont positifs. La mission recommande d'étendre cette mesure aux journées du week-end, compte tenu de l'affluence, si le bilan devait être favorable.

Recommandation n°11 Evaluer au bout de trois mois l'intérêt du poste d'agent de liaison dans l'accueil et l'information des accompagnants et envisager, si le bilan est positif, sa pérennisation et son extension aux week-ends

[324] **Les médecins du service rencontrés par la mission n'adoptent pas la même conduite vis-à-vis de l'information donnée aux accompagnants de leurs patients**, en l'absence de règles communes définies ou de mention spécifique dans les fiches de poste.

⁹⁷ L'écran télévisé donnait également des informations sur le nombre de patients pris en charge, sur les délais moyens d'attente manifestement erronées, ayant conduit la mission à demander sa correction dans les meilleurs délais.

[325] **Ils regrettent en revanche de ne pas disposer d'une salle dédiée permettant d'accueillir les accompagnants pour leur donner les informations nécessaires** dans des conditions adaptées à la situation et garantissant la confidentialité des échanges. Ces entretiens ont parfois lieu directement dans la salle d'attente, parfois dans la salle d'attente du COJUP en dehors de ses heures d'ouverture ou parfois dans le sas dédié aux pompiers quand celui-ci est disponible. Récemment des entretiens ont pu être menés dans le bureau médical de l'UHU.

[326] La mission estime nécessaire d'harmoniser au sein du service les modalités d'information des accompagnants et la mobilisation d'un bureau du service pour faciliter l'information des accompagnants, si possible dans la configuration actuelle des locaux.

Recommandation n°12 Définir une procédure et un lieu adapté permettant aux professionnels habilités d'informer régulièrement les accompagnants de l'évolution de l'état de santé des patients

3.3.5 Envisager des travaux d'extension des locaux pour garantir la dignité des patients et la confidentialité des échanges médicaux

[327] **Comme évoqué précédemment, les locaux du service des urgences apparaissent exigus au regard du référentiel surfacique établi par le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS).** La surface actuelle, autour de 690 m², devrait être portée à 1200 m² environ pour appliquer ce référentiel.

[328] **Cette exiguité rend impossible la préservation de la confidentialité au niveau de la salle d'attente** (cf. supra). Il s'agit d'une non-conformité à l'article D. 6124-22 du code de la santé publique.

[329] **La configuration des locaux crée également de réelles difficultés pour garantir la sécurité des prises en charge et les droits des patients au sein du service :**

- **les patients installés dans la zone de tri ou le couloir ne bénéficient d'aucune intimité**, même si des rideaux ont été récemment installés⁹⁸. Les recommandations professionnelles soulignent que : « *La séparation par des rideaux, des paravents, des parois incomplètes ou des portes non hermétiques ne permet pas une intimité suffisante ; elles peuvent néanmoins être utilisées dans les zones de surveillance intensive comme les SAUV.* »⁹⁹
- **les examens médicaux ne peuvent avoir lieu dans le couloir pour des raisons de confidentialité**, obligeant les personnels du service à faire procéder à de nombreux déplacements de patients pour installer temporairement les patients qui nécessitent un examen ou un acte médical dans les boxes et diminuant *de facto* l'efficacité du service. En cas de saturation des boxes, la prise en charge médicale est malgré tout effectuée dans le couloir.

⁹⁸ Des rideaux ont toutefois été installés dans les couloirs 1 et 3 du service des urgences entre le 7 et le 13 octobre, en prévision de la visite de certification la semaine suivante.

⁹⁹ Société francophone de médecine d'urgence (SFMU) – Recommandations pour l'architecture des services d'urgence – juillet 2004

[330] **L'installation dans un couloir de patients pour une prise en soins contrevient aux droits des patients et aux principes de la charte de la personne hospitalisée en ne permettant pas de respecter l'intimité et la confidentialité.** Les recommandations professionnelles soulignent également la nécessité de préserver l'intimité des patients et de respecter la confidentialité : « *L'agencement des locaux doit permettre une surveillance efficace des patients en même temps que la protection visuelle, acoustique de leur intimité et de la confidentialité. Les patients ne se voient pas entre eux et les accompagnants ne voient pas les autres malades* ».

[331] **La configuration des locaux ne permet pas une surveillance optimale des patients.** Les différents couloirs du service ne permettent pas de maintenir a minima un contact visuel avec l'ensemble des patients. Cette impossibilité peut également être susceptible d'engendrer des événements indésirables (cf supra).

[332] **Enfin, la gestion des flux au sein du service n'est pas conforme aux bonnes pratiques professionnelles.** D'une part le circuit de marche en avant ne peut être assuré dans de bonnes conditions. D'autre part, le couloir des urgences est le lieu de passage de nombreux flux extérieurs au fonctionnement du service, notamment :

- **des patients et des accompagnants circulent dans les couloirs à proximité immédiate des brancards où sont stationnés d'autres patients ;**
- **les corps des patients décédés à l'UHU sont évacués en passant par le couloir principal des urgences, frôlant les patients installés là.** En visionnant les bandes de vidéosurveillance du 30 septembre 2023, la mission a pu constater qu'un corps a traversé le couloir sur un brancard mortuaire sans protection visuelle supplémentaire ;
- **les poubelles des chambres sont également évacuées par les agents d'entretien par ce couloir.**

[333] **Si la problématique des locaux est identifiée dans le plan d'action pour le service des urgences, la mission estime donc que des travaux devraient être envisagés dès que possible pour rendre les locaux des urgences plus en adéquation avec les enjeux de sécurité des soins, d'intimité, de dignité et de confidentialité.**

[334] **Un tel projet de restructuration des urgences a été identifié dans le schéma directeur immobilier (SDI) de l'établissement.** Le projet s'intègre dans une opération plus globale de rénovation et d'extension des plateaux techniques (USC, blocs, urgences...), impliquant une extension bâtie de 3 niveaux prolongée d'une extension bâtie à 2 niveaux. L'opération phase 1 représenterait selon l'établissement un coût d'environ 31 Millions € TDC. Si des travaux portant spécifiquement sur le service des urgences sont impossibles compte tenu des contraintes architecturales, une opération plus ciblée (comportant la seule extension bâtie de 3 niveaux) est estimée à 23 Millions € TDC en phase 1.

[335] **Ce projet n'est pas soutenable économiquement aujourd'hui.** La capacité insuffisante d'autofinancement de l'établissement ne lui permet pas de financer cet investissement, ce qui impliquerait le recours à de l'emprunt et des subventions publiques. L'ARS a prépositionné une aide régionale de 18 M€, dans le cadre du Ségur de l'investissement, pour accompagner les projets de l'établissement, dont 2 M€ ont été versés pour assurer la sécurisation électrique du site. Cette aide est insuffisante pour assurer la viabilité économique du projet.

[336] **Les risques pesant sur la sécurité des soins justifient de réétudier la faisabilité technique et économique du projet d'extension des urgences.** Le décalage dans le temps des projets financés par le Ségur et les stratégies de repriorisation des projets associés peuvent constituer une opportunité pour ajuster le projet sur les plans techniques et budgétaires. En outre, les collectivités locales se sont montrées ouvertes au co-financement du projet, comme l'a souligné le président du conseil de surveillance du CHH auprès de la mission.

Recommandation n°13 Réétudier les possibilités de financer l'extension des locaux du service des urgences pour améliorer la sécurité des soins

4 Des enseignements plus généraux peuvent être tirés de l'analyse de ce décès

[337] Conformément à la lettre de commande, la mission a identifié plusieurs enseignements nationaux susceptibles d'être tirés de ce décès mais n'a pas disposé du temps matériel pour les expertiser à l'échelle du territoire. Il appartiendra aux pouvoirs publics de faire procéder à une analyse approfondie des recommandations de la mission avant d'envisager leur mise en œuvre.

4.1 La sensibilisation des médecins à la détection précoce du choc septique quelle qu'en soit l'agent infectieux devrait être renforcée

[338] **L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a appelé, lors de son Assemblée mondiale du 29 mai 2017, l'ensemble des Etats à réagir pour lutter contre le sepsis**, en menant des actions dans les domaines de l'éducation, l'information, la prévention, le diagnostic, les soins et la recherche¹⁰⁰.

[339] **Le sepsis est une affection grave qui survient lorsque le système immunitaire de l'organisme présente une réaction extrême à une infection pouvant être d'origine bactérienne, virale ou parasitaire.** Les signes courants du sepsis sont la fièvre, une fréquence cardiaque rapide, une respiration rapide, une confusion et des douleurs, qui peuvent entraîner un choc septique, une défaillance multiviscérale et la mort. **Ce fléau, encore méconnu par le grand public et par les professionnels de santé, toucherait près de 49 millions de personnes dans le monde chaque année et serait responsable de près de 11 millions de décès¹⁰¹.**

[340] **Dans ce contexte, un rapport, remis en 2019 au directeur général de la santé, propose dix mesures que la France devrait mettre en œuvre afin de répondre à la résolution de l'OMS¹⁰².** Ces recommandations portent notamment sur la définition d'un parcours de soins spécifique pour le

¹⁰⁰ OMS - Résolution WHA70.7 sur l'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique de l'état septique – Mai 2017

¹⁰¹ [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sepsis#:~:text=Selon%20une%20r%C3%A9cente%20publication%20scientifique,dans%20le%20monde%20\(1\).](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sepsis#:~:text=Selon%20une%20r%C3%A9cente%20publication%20scientifique,dans%20le%20monde%20(1).)

¹⁰² Djillali Annane - Sepsis – Tous unis contre un fléau méconnu – Rapport au directeur général de la santé - 2019

sepsis et d'action de formation ou de sensibilisation des professionnels de santé sur cette base et sur une campagne de sensibilisation du grand public.

[341] Si, depuis 2002, les principales sociétés savantes internationales impliquées dans le domaine du sepsis mettent à jour au plus tard tous les quatre ans des recommandations pour la prise en charge hospitalière des patients atteints de sepsis (Surviving Sepsis Campaign (SSC), en France, il n'existe pas de recommandation nationale récente sur la prise en charge globale du sepsis. En outre, il n'existe aucune recommandation au niveau national et international sur la prise en charge du sepsis en milieu communautaire ni sur le parcours de soins intégrant la prise en charge en amont des urgences préhospitalières et hospitalières.

[342] **Un groupe de travail, composé d'une quinzaine de sociétés savantes, a été constitué à partir de 2019 pour établir une recommandation de bonne pratique clinique pour la prise en charge du sepsis chez les nouveau-nés, enfants et adultes. Si les travaux du groupe devaient initialement aboutir fin 2022, ceux-ci ont pris du retard. Selon les informations recueillies par la mission, la recommandation de bonne pratique est actuellement en phase de lecture et devrait donc être publiée au dernier trimestre 2024, labellisée par la HAS.**

[343] **La publication de cette recommandation devrait être l'occasion de renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé**, notamment dans les services d'urgences, au repérage précoce et à la prise en charge des sepsis qu'elle qu'en soit l'origine infectieuse, conformément à la résolution de l'OMS.

Recommandation n°14 Organiser des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au repérage précoce et à la prise en charge des sepsis, à l'occasion de la publication de la recommandation de bonnes pratiques

4.2 La généralisation d'une grille de triage nationale devrait être envisagée

[344] **Les investigations de la mission ont mis en évidence les limites de la grille de tri utilisées par le CH de Hyères**, notamment en termes de sensibilité (5 niveaux de tri) et de reproductibilité des évaluations (la priorisation liée aux étoiles est opérateur dépendant).

[345] **Cette grille, inspirée de l'échelle TRIAGE de tri infirmier, est intégrée au logiciel Terminal Urgences, utilisé par 65 établissements de santé** (77 sites d'urgences) en France métropolitaine et en Corse, la plupart des sites étant situés en région PACA¹⁰³.

[346] Cette grille et ce logiciel ont été développés par l'observatoire régional des urgences de la région PACA (ORU-PACA) et sa gestion a été reprise par le GRADES PACA et par Santé Transfert dans les autres régions où ils ont été implantés. Des difficultés sont apparues pour la maintenance et le développement de ces outils depuis la disparition de l'ORU PACA, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission.

¹⁰³ <https://tgs.iess.fr/sites/>

[347] **Or la société française de médecine d'urgence (SFMU) a développé en 2017 une nouvelle grille de triage, « FRENCH »** (French Emergency Nurses Classification in Hospital), pour faire évoluer l'échelle CIMU de tri infirmier et l'adapter aux recommandations formalisées d'experts¹⁰⁴.

[348] **Cette grille est robuste** car, à chaque motif de recours aux urgences, correspond un niveau de tri médian défini par un consensus d'experts. **Elle est sensible** car elle dispose de modulateurs (ex. douleur intense, indice de choc) permettant d'adapter la catégorisation et se compose de six niveaux de tri, dont certains sont dédoublés. Les tris 3A et 3B permettent par exemple d'identifier et distinguer les patients ayant déjà consulté auprès d'un médecin avant de se rendre aux urgences (patients adressés) ou les patients présentant des comorbidités en lien avec le motif de recours. Elle présente des modulateurs intégrant les valeurs anormales des constantes. **Enfin elle est mise à jour régulièrement. à partir des retours utilisateurs.**

[349] **Or, il existe une certaine disparité dans les échelles de tri utilisées par les services d'urgences,** selon des résultats préliminaires de l'enquête Urgences 2024¹⁰⁵ : 38 % des services d'urgences recourent à la FRENCH, 30 % optent pour la CIMU et 25 % pour une échelle qui leur est propre.

[350] **La mission estime que la généralisation d'une grille de triage présenterait des avantages certains,** notamment en termes de sécurisation du triage et de formation des IOA et des parcours des patients, cette échelle de tri ayant été développée pour les auxiliaires de régulation médicale (ARM) des SAMU. **Cela suppose que les éditeurs intègrent la grille French dans les différents logiciels métiers utilisés par les services d'urgences.** Cette généralisation ne nécessite pas a priori la mise en place d'un logiciel unique pour équiper les services d'urgences.

[351] **En parallèle, une saisine de la HAS pourrait être effectuée pour évaluer l'opportunité de recommander une grille nationale unique de triage.**

Recommandation n°15 Accélérer le déploiement national d'une grille de triage unique pour les services d'urgence

4.3 La qualité de l'accueil dans les services d'urgence devrait être améliorée

[352] **Compte tenu de l'hétérogénéité des locaux et des situations, il est difficile de définir des règles uniformes d'accès aux services des urgences au-delà des dispositions prévues dans la loi n°2024-317 du 8 avril 2024, dite loi « Bien vieillir »,** qui inscrit le droit de visite au rang des droits des usagers et des personnes malades accueillies en établissement. L'article L. 1112-2-1 du code de la santé publique stipule que : « *Les établissements de santé garantissent le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable de l'établissement.*

[353] *Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin responsable de la*

¹⁰⁴ « Le triage en structure des urgences »- Société française de médecine d'urgence - 2013

¹⁰⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – Communication lors du congrès Urgences 2024 – 05 juin 2024

prise en charge du patient ou, à défaut, tout autre professionnel de santé estime qu'elle constitue un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent. Une telle décision, motivée, est notifiée sans délai au patient et à la personne sollicitant la visite. »

[354] La loi ne prévoyant pas de décret d'application, une réflexion nationale pourrait être menée pour préciser les modalités possibles d'accueil au sein des services d'urgences permettant de combiner les droits des patients au respect de l'intimité et de la confidentialité et les enjeux de sécurité des soins et de sécurité des soignants.

[355] La loi interdit dorénavant les interdictions de portée générale. Il érige un droit à la visite qui ne peut être remis en cause que de façon individuelle et motivée. Ces nouvelles dispositions risquent de mettre les services devant des difficultés pratiques qu'ils devraient accompagner au niveau national (ex. élaboration de charte type, de décision motivée...).

Recommandation n°16 Elaborer des éléments de cadrage permettant aux services d'urgences de mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi Bien Vieillir sur le droit de visite

[356] Un accueil et une information de qualité doivent donc pouvoir être fournis aux familles au niveau de l'accueil, dans un contexte marqué par l'attente et l'incertitude.

[357] **Cette mission repose en grande partie sur les agents d'accueil** qui doivent à la fois maîtriser leur propre stress vis-à-vis de l'ampleur de la tâche à accomplir en cas d'afflux mais également gérer le stress des familles.

[358] Or ces agents ne sont pas systématiquement formés à ces enjeux d'intelligence émotionnelle. La fiche métier de l'agent d'accueil établie par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière, prévoit dans les compétences requises la gestion du stress et la communication interpersonnelle.

[359] Par ailleurs, ces agents sont habilités à ne délivrer qu'une information succincte sur la prise en charge des patients pour respecter le secret médical. Ils peuvent donc être en difficulté face à des familles qui attendent des informations précises quand les médecins ne peuvent pas communiquer avec la famille.

[360] Les agents de liaison mis en place dans certains services d'urgences peuvent soulager les agents d'accueil dès lors qu'ils bénéficient d'une formation adéquate. La fiche de poste de l'agent de liaison du CHH réclame différents savoir-faire relationnels (ex. savoir gérer des situations de stress, savoir garder une stabilité émotionnelle dans un contexte d'urgence, savoir accueillir le public avec amabilité et discrétion, savoir être dans l'écoute active, l'analyse de situation et la gestion de conflit...) mais les formations requises sont centrées sur la gestion du stress pour les compétences relationnelles.

[361] L'amélioration de la qualité de l'accueil aux urgences pourrait ainsi passer par une mise à jour du référentiel métier des agents d'accueil, voire des agents de liaison, pour clairement identifier les compétences relationnelles nécessaires et les formations associées.

Recommandation n°17 Mener une réflexion nationale sur la formation des agents d'accueil ou de liaison pour améliorer l'accueil des accompagnants au niveau des services d'urgence

4.4 Les motifs de recours à un contrôle de l'ARS à la suite d'une réclamation pourraient être davantage précisés

[362] Au regard de la gravité des conséquences pour le patient et de la sensibilité de la réclamation déposée à l'encontre du CH Hyères, l'absence de contrôle sur place de celui-ci par l'ARS PACA peut questionner.

[363] **Or, il n'existe pas de cadrage récent sur les conditions susceptibles de justifier des missions d'inspection-contrôle des établissements par les ARS suite à une réclamation d'usagers.** Le guide méthodologique pour le traitement des réclamations date de 2011 et n'a pas fait l'objet d'une actualisation depuis. Il ne tient donc pas compte par exemple du dispositif de gestion des EIGS mis en place en 2016 ou du déplacement en décembre 2023 de la plateforme sécurisée « *Démat Sociale* » permettant de transmettre les réclamations des usagers à l'ARS.

[364] **Le guide méthodologique de 2011 prévoit que le service instructeur de la réclamation est devant trois cas de figure à la réception d'une réclamation :** transmettre à la structure mise en cause sans investigations particulières, traiter la réclamation sur pièce, lancer une procédure d'inspection. **Il ne contient pas de grille d'analyse permettant d'orienter les services instructeurs des réclamations dans le choix de la procédure à suivre.** Il indique par exemple que l'inspection est déclenchée, soit immédiatement compte tenu de la gravité des faits dénoncés, soit à l'issue des traitements effectués par transmission à la structure, ou sur pièces.

[365] **La consultation des sites internet des ARS indique que celles-ci optent majoritairement pour le traitement sur pièces des réclamations** en se rapprochant de la structure mise en cause et que les réclamations font l'objet d'analyses régulières et orientent dans le choix des établissements à inspecter. Les critères de déclenchement des inspections ne sont pas précisés.

[366] **Pour les EIGS, le guide de traitement des EIGS prévoit des critères susceptibles de déclencher une inspection par l'ARS, en précisant que celles-ci doivent rester exceptionnelles (cf. partie 3)¹⁰⁶. Ces critères sont toutefois restrictifs et difficilement objectivables par l'ARS.** La délégation départementale du Var de l'ARS a par exemple indiqué à la mission n'avoir jamais déclenché d'inspection pendant ou à l'issue d'un signalement d'EIGS.

[367] **Dans un objectif de transparence et d'harmonisation de l'action de l'administration, il serait probablement utile de préciser davantage les conditions de recours ou non à une inspection de la part de l'ARS suite à une réclamation ou un signalement.** Le guide méthodologique de 2011 présentait par exemple la méthodologie utilisée par l'ARS Alsace pour analyser collégalement les réclamations reçues selon une méthode d'analyse des risques basée sur trois critères : l'occurrence, la gravité et la sensibilité.

Recommandation n°18 Actualiser le guide de traitement des réclamations et préciser les motifs de recours à des inspections des ARS

¹⁰⁶ Les critères évoqués sont les suivants : les faits rapportés conduisent à penser que l'un ou plusieurs des professionnels concernés ont commis un manquement délibéré à une obligation professionnelle, voire ont manifesté une volonté de nuire, ou en cas d'erreurs graves répétées ; les informations transmises ne sont pas cohérentes ou semblent masquer des faits graves autres que ceux rapportés.

Dr Sylvie BAQUÉ

Thierry PAUX

Dr Nicole BOHIC

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le centre hospitalier de Hyères et son service des urgences

1 La situation du centre hospitalier de Hyères

1.1 Le centre hospitalier de Hyères est en direction commune avec le centre hospitalier de Toulon depuis 2015

[1] **Le centre hospitalier de Hyères (CHH) est réparti sur deux sites, distants d'environ un kilomètre :**

- le centre hospitalier Marie-Josée Treffot où sont implantés les urgences, le bloc opératoire, l'imagerie médicale, la pharmacie, et les consultations externes offre une capacité d'hospitalisation de 252 lits et places répartis au sein de 10 pôles d'activités cliniques, dont 6 inter-établissements (Anesthésie, chirurgie, Gynéco-Obs, Médico-tech-diagnostic (labo, imagerie), soins ambulatoires (consultations externes, hôpital de jour), Pharmacie, et 4 internes au CHH (médecine et gastro Pédiatrie, Gériatrie, Urgences (SAU et USIP).
- Le pôle gériatrie comprend 170 lits autorisés (158 installés), plus PASA 14 places et AJA 12 places

[2] **Depuis 2015, la direction du CHH est commune avec celle du centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer (CHITS),** distant d'une quinzaine de kilomètres. La mise en place de cette gouvernance visait à améliorer une situation financière de longue date particulièrement dégradée. L'équipe de direction commune étant physiquement localisée à Toulon, un poste de directeur délégué du centre hospitalier d'Hyères a été créé et pourvu en avril 2020.

[3] La stratégie, élaborée à l'échelle des deux établissements à compter de 2017, consiste à développer l'activité ambulatoire à Hyères et à transférer les prises en charge les plus lourdes à Toulon. Dans le cadre de cette stratégie, **le service de réanimation du CHH a notamment fermé en 2015 et le laboratoire en 2017, leurs activités ayant été transférées au CHITS¹⁰⁷.**

[4] **Le premier projet médical commun des deux établissements, établi au premier trimestre de l'année 2022, s'inscrit dans la continuité des actions mises en place et vise notamment à développer l'activité des deux établissements à l'horizon 2027,** à renforcer les expertises sectorielles des établissements et à accélérer leur ancrage territorial. Quatre axes d'amélioration transverses à l'ensemble des secteurs de soins ont été identifiés dans ce projet médical¹⁰⁸ : les

¹⁰⁷ Rapport d'observations définitives – Centre hospitalier d'Hyères (Département du Var) - Exercices 2014 et suivants - Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur – juin 2021

¹⁰⁸ Projet médical du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon/La Seyne-sur-Mer et du Centre Hospitalier d'Hyères 2022 - 2027

délais de prise en charge, la pertinence des soins, les ressources, l’attractivité pour les professionnels de santé.

[5] Un chantier concerne plus spécifiquement les soins non programmés. Il comporte 16 objectifs opérationnels répartis dans 5 objectifs stratégiques, dont l’un porte sur l’organisation des flux de patients aux urgences et un autre sur l’amélioration du parcours de soins des patients à partir des urgences.

[6] Les objectifs du projet médical commun ont servi de base à l’élaboration du projet d’établissement 2023-2027 commun aux deux établissements.

[7] En 2024, le Centre Hospitalier de Hyères dispose de 252 lits et places installés dans le champ sanitaire, dont 64 lits de médecine, 21 lits en chirurgie complète et 9 places en chirurgie ambulatoire, 64 lits de court séjour gériatrique et 30 lits de soins médicaux et de réadaptation, ainsi que 170 places dans le domaine médico-social (EHPAD et accueil de jour Alzheimer). Le taux d’ouverture des lits et place dans le champ sanitaire est de 97,6 % en 2024 (246 lits et places ouvertes).

Tableau 1 : Capacités du centre hospitalier de Hyères en 2024

POLE / SERVICE	Type	Nombre de lits installés en 2024	Nombre de lits ouverts en 2024
POLE MEDECINE	HC / HJ	64	47
<i>Médecine et spécialités médicales</i>	HC	49	43
<i>Médecine Ambulatoire - Secteur mutualisé</i>	HJ	4	4
POLE GERONTOLOGIE	HC	94	94
<i>Court séjour gériatrique</i>	HC	64	64
SSR	HC	30	30
POLE INTER ETAB CHIRURGIE	HC / HJ	30	30
<i>Unité Chirurgicale Polyvalente (UCP)</i>	HC	21	21
<i>Chirurgie ambulatoire - Secteur mutualisé</i>	HJ	9	9
POLE URGENCES-UHU-USC-MSC	HC	35	35
<i>Unité Hébergement d'Urgence (UHU)</i>	HC	10	10
<i>Hépto-gastro-entérologie</i>	HC	15	15
<i>Unité Soins continus (USC)</i>	HC	10	10
POLE PEDIATRIE	HC / HJ	20	20
<i>Pédiatrie et néonatalogie (dont HDJ)</i>	HC	20	20
POLE INTER ETAB GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	HC	20	20
<i>Gynécologie - Obstétrique</i>	HC	20	20
TOTAL SANITAIRE (en lits et places)	HC / HJ	252	246
POLE MEDICO SOCIAL/GERONTOLOGIE	HC / HJ	170	170
<i>EHPAD (en lits)</i>	HC	158	158
<i>Accueil de Jour Alzheimer (en places)</i>	HJ	12	12
TOTAL MEDICO SOCIAL (en lits et places)	HC / HJ	170	170
TOTAL GENERAL (lits et places)	HC / HJ	422	416

Source : Centre hospitalier de Hyères

1.2 Le centre hospitalier de Hyères est en grande difficulté financière

[8] La situation financière du CHH est détériorée de longue date et s'est encore dégradée depuis trois ans. A l'instar des autres établissements de santé, la hausse des charges s'est accentuée à partir de 2021 et a été répercutée dans le résultat de l'établissement à partir de 2022. Le taux de marge brute et la capacité d'autofinancement sont négatifs et inférieurs aux niveaux estimés nécessaires pour assurer de manière pleinement satisfaisante le financement de l'investissement courant une fois le remboursement de la dette assuré (respectivement 5 % et 3 %). L'établissement s'est en revanche en partie désendetté ces dernières années.

Tableau 2 : Principaux indicateurs financiers du centre hospitalier de Hyères

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Résultat (k€)	-1 429,3	-1 329,6	-4 370,8	-1 735,2	-1 279,1	-72,9	-4 265,1	-12 281,4
Résultat rapporté aux produits	-2,13 %	-1,94 %	-6,82 %	-2,58 %	-1,86 %	-0,10 %	-5,42 %	-16,15 %
Marge brute d'exploitation CRPH (k€)	1 098,9	707,1	-1 984,8	-1 532,4	625,2	1 804,4	-1 568,8	-9 553,1
Taux de marge brute CRPH	1,53 %	0,97 %	-2,88 %	-2,14 %	0,83 %	2,19 %	-1,85 %	
Taux de CAF	-3,21 %	-4,14 %	-7,54 %	-10,75 %	-11,98 %	-11,87 %	-15,55 %	-23,79 %
Taux d'endettement	17,1 %	16,6 %	16,9 %	16,1 %	15,9 %	13,7 %	14,2 %	

Source : ARS PACA

Note : les données sont issues du compte financier de l'établissement pour les années 2016 à 2022 et du rapport infra-annuel pour l'année 2023.

2 La situation du service des urgences de Hyères

2.1 L'activité du service, marquée par la saisonnalité, est globalement en baisse et s'inscrit dans un contexte territorial difficile

2.1.1 Des services d'urgences globalement fragiles dans le département du Var

[9] Le territoire du Var compte 8 SAU répartis sur 6 établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) et sur l'hôpital interarmées (HIA) Ste Anne qui y est associé.

[10] Ces services d'urgence sont confrontés à des difficultés importantes conduisant à des fermetures actuelles ou redoutées :

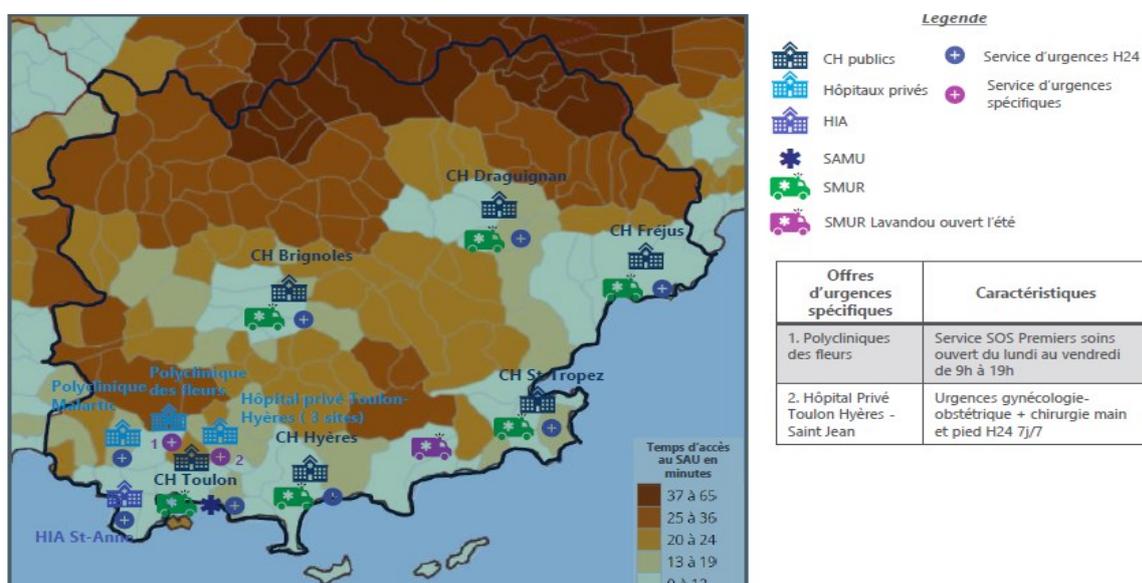
- Fermeture nocturne du SAU de Draguignan depuis fin 2021, avec réouverture les nuits des week-ends et jours fériés depuis mai 2023 ;
- Fermeture nocturne du SAU de Gassin-Saint Tropez depuis l'été 2023.

- Tensions fortes aux SAU de Brignoles et Fréjus au dernier trimestre 2023 avec des risques de fermetures partielles.

[11] Cette situation critique entraîne des transferts d'activités qui impactent les autres sites. La fermeture du CH de Gassin-Saint Tropez se répercute en partie sur l'activité du CHH.

[12] C'est dans ce contexte qu'un audit des services d'urgence du Var, financé par l'ARS, a été lancé par le GHT au dernier trimestre 2023, pour étudier les possibilités d'optimisation de l'organisation du territoire. Un groupe de travail porté par le GHT œuvre sur 4 thématiques (RH, gouvernance, sectorisation des SMUR et organisation des SAU/ parcours patient) pour aboutir à une réouverture H24 de l'ensemble des SAU.

Carte 1 : Cartographie des services d'urgences du Var



Source : Audit des services d'urgences du Var – Eurogroup Consulting

2.1.2 L'activité du service des urgences du CHH est en baisse depuis quelques années

[13] Le centre hospitalier d'Hyères dispose d'une autorisation de médecine d'urgence qui couvre l'activité « service des urgences » et l'activité « SMUR ». Créée en 2007, cette autorisation a fait l'objet de deux renouvellements tacites, la dernière en 2017, pour une durée de cinq ans, prolongée dans le cadre dérogatoire prévu pour faire face à la crise Covid et à la modification du régime des autorisations d'activités de soins. L'autorisation arrivant à échéance le 1er mars 2025, le CH de Hyères devra déposer un dossier de renouvellement simplifié début 2025.

[14] Le service des urgences du CHH a pris en charge 35 000 patients en 2023. Ce niveau d'activité est le plus faible depuis 2016, à l'exception de l'année 2020 marquée par la pandémie à la Covid-19. L'activité est notamment en baisse de plus de 5 % par rapport à l'année 2022. Ce volume d'activités correspond en moyenne à 96 passages aux urgences par jour.

Tableau 3 : Evolution du nombre de passages aux urgences du CH de Hyères

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre passages	37 811	39 616	40 235	39 105	31 699	35 665	36 998	35 025

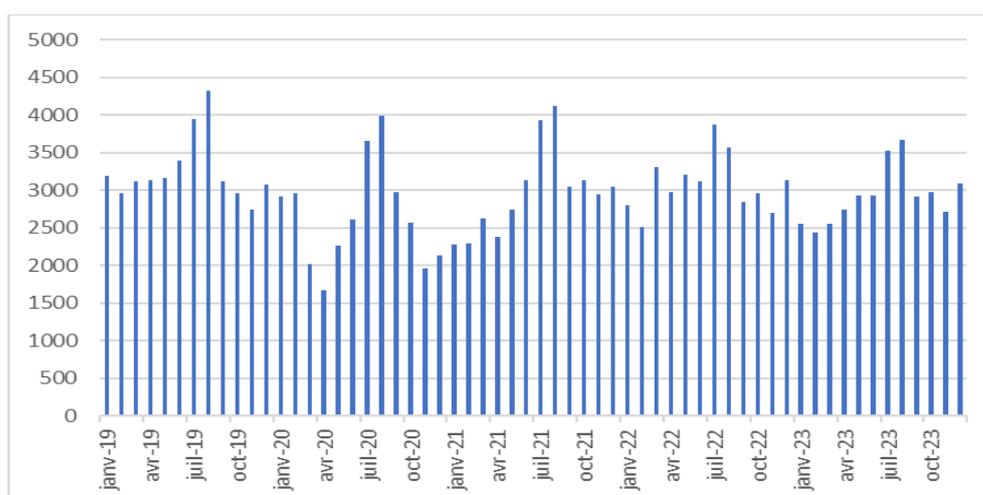
Source : ARS PACA – Diamant – traitement mission

[15] En 2023, si 35 025 patients ont bien été accueillis aux urgences, seuls 25 383 patients ont été réellement pris en charge au sein du service des urgences du CHH, soit une moyenne de 70 patients par jour. En effet, selon les données du CHH, après admission et tri par l’infirmier organisateur de l’accueil, près des 24 % des entrées aux urgences (8355 patients) ont été réorientées vers les consultations jour d’urgences en pédiatrie (COJUP) mises en place de 9H à 19h tous les jours de la semaine au sein du CHH et près de 4 % (1287 patients) vers la maison médicale de garde (MMG) qui fonctionne la nuit et le week-end.

[16] Le pic des passages aux urgences a lieu vers 10h et l’activité reste soutenue jusqu’à 17h avant de décroître, selon l’état des lieux établi dans le cadre d’un audit des services d’urgences du Var¹⁰⁹. Le pic d’occupation du service des urgences (nombre de patients présents au sein du service) est légèrement décalé : il est maximal en fin de matinée et reste élevé jusqu’à 19h-20h.

[17] Ces moyennes masquent toutefois de fortes variations saisonnières. L’activité est particulièrement marquée en période estivale en raison de la vocation touristique du département du Var. Selon l’audit précité, en moyenne 86 passages quotidiens sont mesurés en période basse (de janvier à avril et de septembre à décembre) et 100 passages par jour en période haute (juillet-août). Toutefois, dans le cadre de la baisse globale d’activité, les pics estivaux sont moins marqués en 2022 et 2023 du fait d’une affluence moindre en juillet et août que les années précédentes.

Graphique 1 : Evolution saisonnière du nombre de passages aux urgences au sein du CHH entre 2019 et 2023



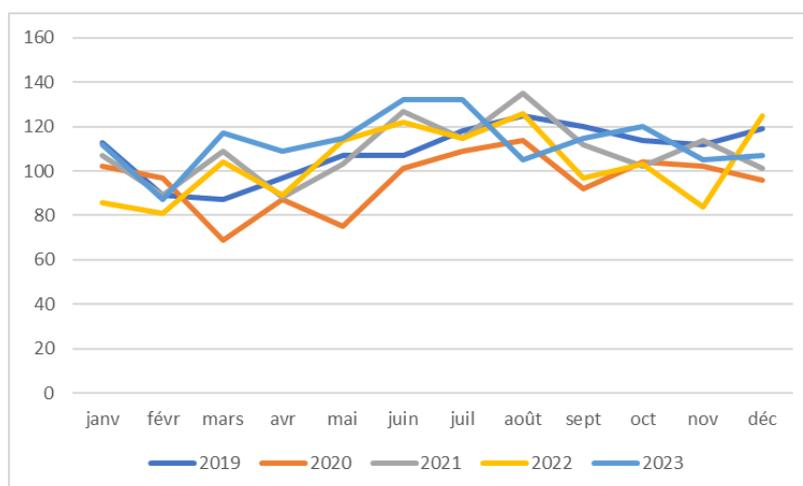
Source : ARS PACA – traitement mission

¹⁰⁹ Audit des services d’urgences du Var – Eurogroup consulting 2023.

[18] **L'activité de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), adossée au service des urgences du CHH, est en revanche dynamique.** Elle a dépassé en 2023 son niveau avant Covid (1356 sorties contre 1308 en 2019), soit une moyenne de 3,7 sorties par jour. Ce volume d'activité englobe également l'activité du SMUR diurne supplémentaire armé par le CHH au Lavandou l'été (du 14 juillet au 31 août), dont l'activité est d'environ 50 sorties en deux mois selon l'audit précité.

[19] **L'activité du SMUR est également marquée par la saisonnalité : le SMUR de Hyères réalise en moyenne 3 sorties par jour en période basse et 3,6 sorties par jour en période estivale,** selon l'audit précité. Toutefois l'année 2023 est atypique : sept mois de l'année 2023 représentent les valeurs mensuelles les plus hautes des 5 dernières années.

Graphique 2 : Evolution saisonnière de l'activité SMUR du CHH entre 2019 et 2023



Source : ROR- traitement mission

[20] **D'après le rapport d'audit précité, le temps de sortie moyen du SMUR était 4h09 par jour en période basse et 4h58 par jour en période estivale en 2022 (pour une durée moyenne d'1h23 par intervention).**

2.2 Les ressources du service des urgences sont contraintes

2.2.1 La maquette organisationnelle

[21] **Hors période estivale suivant l'heure de la journée, deux à six postes médicaux (hors internes) sont mobilisés pour faire fonctionner le service des urgences, le SMUR :**

- **4 postes sont assurés par les médecins urgentistes¹¹⁰ pour assurer la prise en charge au sein des urgences :**

¹¹⁰ Les médecins urgentistes assurent également une ligne médicale pour l'unité d'hospitalisation d'urgence (UHU).

- **1 ligne médecin référent, assurée 24h sur 24 week-end compris**, chargée notamment du lien avec l’infirmier organisateur de l'accueil (IOA) et de l’encadrement d’un des deux internes ;
- **1 ligne médecin SMUR mutualisée avec les urgences, assurée 24h sur 24 week-end compris**, chargée, en dehors de ses interventions préhospitalières¹¹¹, du suivi des patients hospitalisés par le SMUR et de la prise en charge des patients présentant les index de gravité les plus faibles ;
- **1 ligne médecin urgence, assurée de 8h00 à 00h30 week-end compris** et en charge de l’encadrement d’un des deux internes ;
- **1 ligne médecin « délocalisation », assurée de 11h à 19h en semaine uniquement**, dédiée à la filière courte (prise en charge principalement traumatologique) ;
- **2 postes sont assurés par d’autres professionnels médicaux pour les urgences réorientées :**
 - 1 ligne pédiatre de 9h à 19h tous les jours de la semaine, dédiée aux urgences pédiatriques (COJUP) ;
 - 1 ligne médecin généraliste de 20h à 23h en semaine et de 13h à 22h le week-end, chargée de la maison médicale de garde.

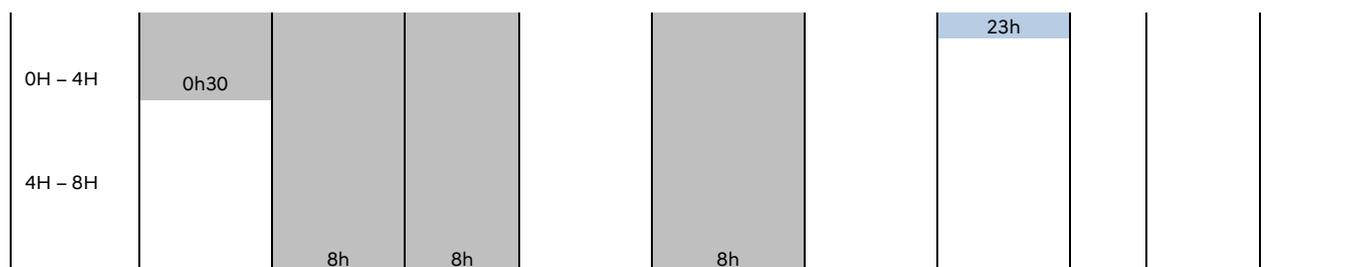
[22] En outre une ligne médicale, assurée de 8h à 16h week-end compris, est dédiée à l’unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD), dénommée « unité d’hospitalisation d’urgence (UHU) ».

[23] En période estivale (juillet-août), cette maquette est complétée par une ligne médicale supplémentaire assurée 24h sur 24 week-end compris pour armer le SMUR du Lavandou et par une augmentation du temps médical au sein du service de 20h00 à 8h00.

Tableau 4 : Maquette médicale du service des urgences -SMUR-UHU

	ACCUEIL DES URGENCES								UHCD	
Horaires	Urgences – SMUR					COJUP	MMG			UHU
	MU Urgence	MU Référent	MU SMUR	MU déloc (filière courte)	MU Renfort été (14/07-31/08)	Pédiatre en semaine	MG			MU UHCD
							Semaine	Sam	Dim	
8H -12H	8h	8h	8h							8h
				9h (été) 11h 11h		9h				
12H -16H								13h		16h
16H-20H				19h		19h				
20H-0H					20h		20h	22h	22h	

¹¹¹ D’après l’audit des services des urgences du Var précité, le temps de présence du médecin SMUR au sein du service des urgences du CHH est de 81 % en 2022.



Source : CHH - mission

Note : En gris, sont représentées les lignes ouvertes 7 jours sur 7, en bleu celles ouvertes en semaine uniquement, en jaune celles ouvertes le samedi et en vert celles ouvertes le dimanche et les jours fériés

[24] Selon l'audit précité, la maquette médicale du service apparaît cohérente, même si elle est légèrement en-deçà du référentiel proposé par l'organisation professionnelle SAMU-Urgences de France (SUDF) pour un service effectuant entre 30 000 et 40 000 passages par an qui prévoit, pour le fonctionnement des SU (hors SMUR et UHU), 2 lignes médicales H24 et 1,5 lignes pour le renfort diurne permettant d'avoir 4 lignes ouvertes au moment du pic d'activité¹¹². Selon les calculs de la mission, la maquette du service comprend 1,8 lignes H24 (en intégrant le temps de présence du médecin SMUR dans le service), 1,34 lignes de renfort diurne (en intégrant : 0,7 ligne du médecin urgence, 0,3 pour le COJUP, 0,24 pour la filière courte et 0,1 pour le renfort estival). 4 lignes médicales sont en activité au moment du pic d'activité en fin d'après-midi.

[25] S'agissant des IDE, la maquette apparaît globalement cohérente avec les recommandations émises par l'organisation professionnelle SUDF.

[26] Le nombre de lignes IDE H24 du service est inférieur aux recommandations pour un service accueillant entre 35000 et 45000 passages par an (hors SMUR et UHU). Celles-ci prévoient, 5 lignes IDE H24 (dont 1 ligne IOA, 1 ligne déchocage et 1 ligne gypsothérapeute). Selon les calculs de la mission, le nombre de lignes. Il s'établit à 3,8 lignes en intégrant le temps de présence de l'infirmier SMUR dans le service (3 lignes IDE H24, 0,8 ligne SMUR). Ce calcul théorique souffre de plusieurs limites. D'un côté, il surestime la disponibilité de l'IDE SMUR et ne prend pas en compte la charge supplémentaire liée à la biologie délocalisée (que la mission n'a pu estimer). D'un autre côté, il n'intègre pas le temps de renfort de la ligne IGU à la prise en charge aux urgences (alors que, selon les professionnels rencontrés par la mission, celui-ci peut atteindre 50 % de leur temps), le temps de l'auxiliaire de puériculture posté au COJUP pour les urgences pédiatriques et le renfort IDE mis en place pour la période estivale ou en tant que de besoin en fonction du niveau de l'activité.

[27] Cet écart est à nuancer car le nombre de lignes du CHH est équivalent au nombre de lignes recommandées par SUDF pour les services réalisant entre 25 000 et 35 000 passages par an (4 lignes IDE). En 2023, le nombre de passages dans ce service se situe en effet légèrement au-dessus des 35 000 passages.

[28] En revanche, un déficit en aide-soignant (AS) est à souligner. Les recommandations émises par SUDF estiment à 3 le nombre de lignes d'AS H24 nécessaires pour un service réalisant entre

¹¹² Samu-Urgences de France - Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD) - Novembre 2011

35 000 et 45 000 passages par an et à 2 pour les services réalisant entre 25 000 et 35 000 passages. Au CHH, une seule ligne d'aide-soignante était en place en 2023. Une seconde ligne a été mise en place en 2024 (cf. partie 3 du rapport).

Tableau 5 : Maquette du personnel non médical du service des urgences

Fonction	Journée (7H00 -19H00)		Nuit (19H00-07H00)	
	IDE	AS	IDE	AS
IAO	1	1	1	1
Box	2		2	
SMUR	1	-	1	-
IGU	1	-	0	-
COJUP	0 (1 IDE / puéricultrice)		0	

Source : CHH

2.2.2 Les locaux du service des urgences

[29] Les locaux du service des urgences et de l'UHCD correspondent à environ 950 m² répartis comme suit :

- **690 m² pour les urgences** comprenant notamment 1 salle d'attente, 6 boîtes d'examen adultes, 1 boîte pédiatrique, 3 places de déchocage (2 salles), 8 places d'accueil et 5 places de tri identifiées dans les couloirs, ainsi qu'un espace pédiatrique dédié comportant une salle d'attente et 2 boîtes d'examen ;
- **360 m² pour l'UHU** comportant 10 lits.

[30] **Les locaux dédiés aux urgences apparaissent exigus au regard du référentiel surfacique établi par le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS)** qui recommande une surface de 90 à 120 m² SDO / boîte (hors UHCD et SMUR)¹¹³. Appliqué aux 12 boîtes et salle de déchocage, la surface devrait se situer autour de 1200 m². En revanche les locaux de l'UHCD apparaissent adaptés, le référentiel national prévoyant un ratio moyen 32 à 36 m² SDO / lit.

[31] **Le projet d'établissement 2022-2027 prévoit de « réorganiser les locaux du SAU de Ste Musse / CHH dans le cadre du schéma directeur immobilier (SDI) »**. Le SDI, établi en juin 2023, envisage une extension des locaux des urgences pour les porter à 1200 m² sous réserve de la faisabilité technique et financière.

¹¹³ Dimensionnement surfacique et préconisations architecturales pour les établissements publics de santé - Conseil scientifique de l'investissement en santé – novembre 2022

Carte 2 : Organisation des locaux du service des urgences du CHH



Source : CHH – mission

2.2.3 Organisation de la biologie médicale

[32] **Le laboratoire du CHH a fermé en octobre 2017 et ses activités ont été transférées au laboratoire du CHITS distant d'une quinzaine de kilomètres.** Une convention signée entre les deux établissements en septembre 2017, encore en vigueur, fixe les modalités de transport des examens, de communication des résultats et de facturation des actes.

[33] **S'agissant du transport des échantillons, une organisation est en place à raison de 15 navettes à horaire fixe par jour et de 8 navettes la nuit.** Le week-end, le nombre de tournées fixes est réduit à 10 la journée et 8 la nuit. **Des tournées supplémentaires peuvent être sollicitées en cas d'urgence vitale** ne pouvant attendre les tournées à horaire fixe. Ces tournées sont mutualisées avec les tournées pour les examens nécessaires à la transfusion sanguine, à raison de quatre tournées par jour en semaine et en tant que de besoin le week-end.

[34] En outre, le samedi, deux tournées (9h00 et 13h30) sont mutualisées avec le transport de prélèvements issus du centre hospitalier Renée Sabran, dépendant des Hospices civils de Lyon et situé sur la presqu'île de Giens sur la commune de Hyères, dans le cadre d'une convention liant les deux établissements à compter de 2022¹¹⁴.

Tableau 6 : Horaires des départs des tournées du laboratoire au CHH

	Journée (07h00-21h00)	Nuit (21h00-07h00)
Semaine (coursier du CHITS en journée et coursier privé la nuit)	7h30 ; 8h15 ; 9h00 ; 10h15 ; 10h45 ; 11h45 ; 13h00 ; 13h45 ; 14h45 ; 15h45 ; 16h30 ; 17h30 ; 18h45 ; 19h30 ; 20h30	21h30 ; 22h45 ; 00h00 ; 01h15 ; 02h45 ; 04h00 ; 05h15 ; 06h30
Samedi (coursier privé)	7h30 ; 9h00 ; 9h30 ; 10h45 ; 12h00 ; 13h30 ; 14h00 ; 15h15 ; 16h30 ; 17h45 ; 19h00 ; 20h30	21h30 ; 22h45 ; 00h00 ; 01h15 ; 02h45 ; 04h00 ; 05h15 ; 06h30
Dimanche et jour férié (coursier privé)	8h00 ; 9h30 ; 10h45 ; 12h00 ; 14h00 ; 15h15 ; 16h30 ; 17h45 ; 19h00 ; 20h30	21h30 ; 22h45 ; 00h00 ; 01h15 ; 02h45 ; 04h00 ; 05h15 ; 06h30

Source : Procédure de gestion des coursiers CHITS-CHH – version août 2023 – convention CHITS-Hôpital Renée Sabran

Note : En gras, les tournées mutualisées avec celles de l'hôpital Renée Sabran (HRS)

[35] En complément, le service des urgences est doté de plusieurs automates de biologie délocalisée permettant de pratiquer des bilans de routine directement sur site (Hémoglobine, gaz du sang, ionogramme, glucose, créatinine, urée, troponine, CRP, Beta HCG...), ainsi que deux automates pour la virologie (grippe, COVID et VRS).

¹¹⁴ Une convention transitoire a été signée le 19 septembre 2022 avec date d'effet rétroactif au 06/03/2022. Cette convention transitoire est établie jusqu'à la signature de la signature substitutive et au plus tard le 31/12/2022. Une nouvelle convention a été signée le 18/02/2024 pour la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023.

ANNEXE 2 : Informations publiques et notoires de caractère médicale publiées dans la presse

La mission a pris connaissance d'une partie des nombreux articles de presse, publiés localement ou nationalement. Certains d'entre eux comprennent de nombreuses informations médicales relatives à la prise en charge du patient.

Sélection d'articles publiés sur la prise en charge du patient

[1] Mediapart - ██████, mort à l'hôpital d'Hyères, une plainte pour « *homicide involontaire* » déposée – 16 décembre 2023

[2] Le Parisien - ██████████, mort d'une septicémie aux urgences d'Hyères : sa famille dénonce des « *négligences* » et porte plainte – 16 décembre 2023 [

[3] France Bleu - ██████████, meurt d'une septicémie après 10 heures passées aux urgences d'Hyères, sa famille porte plainte – 18 décembre 2023

[4] France Info - Var : la famille de ██████, mort alors qu'il attendait depuis 10 heures aux urgences d'un hôpital, porte plainte – 19 décembre 2023

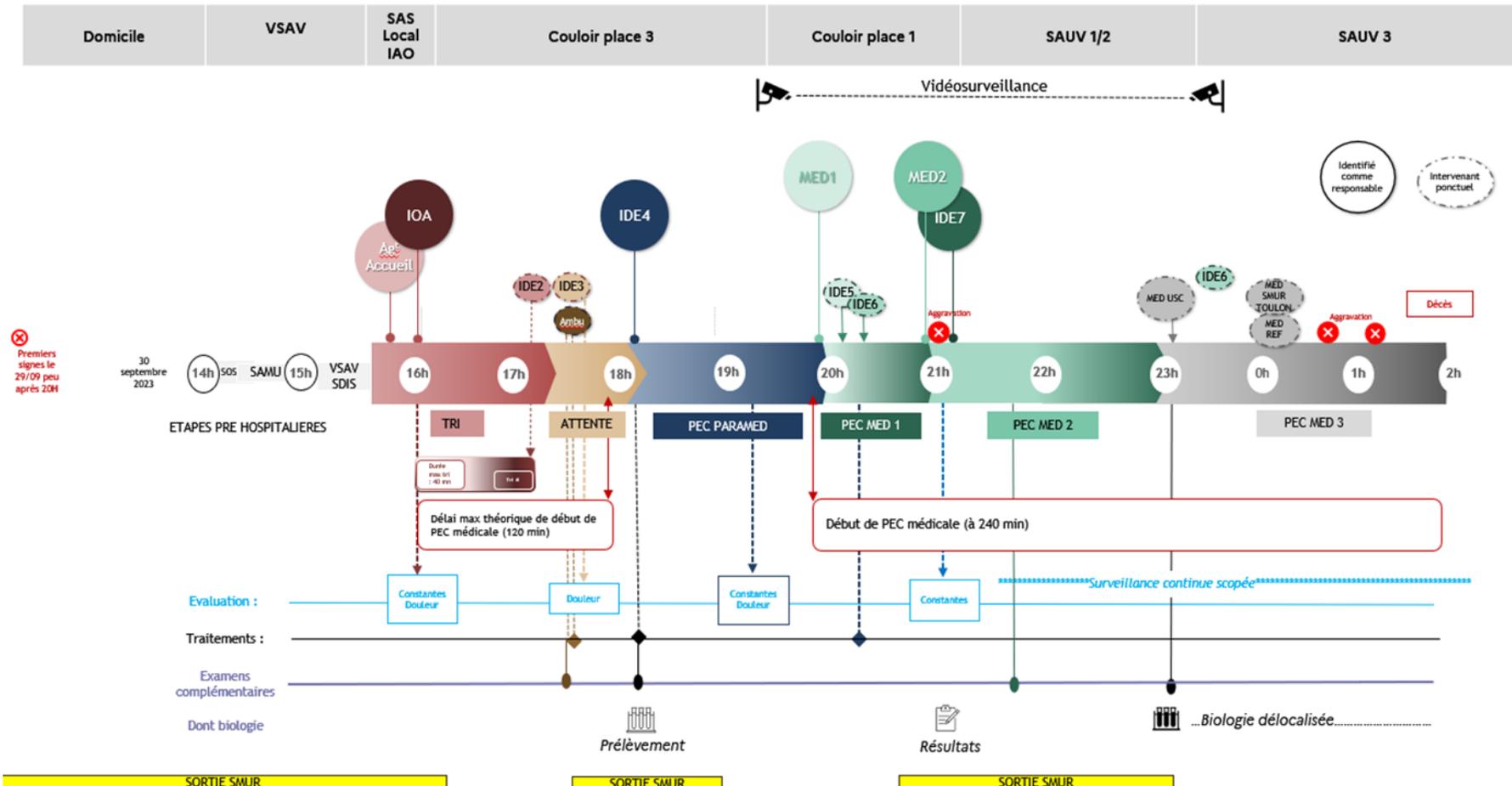
[5] Le Point - Mort de ██████ aux urgences : « On peut faire des économies, mais pas sur la vie des gens » - 11/03/2024

Données médicales rapportées dans les articles de presse :

- Douleurs abdominales, diarrhées et vomissements apparus la veille en fin d'après-midi [1 ; 2 ;3 ;4 ;5]
- Rapport des pompiers indiquant un rythme cardiaque élevé et une tension artérielle basse et précisant que le patient souffre de « douleurs abdominales », de « vomissements », de « faiblesse » et de « douleur costale » [1]
- Admission aux urgences du CH Hyères à 15h50 pour douleurs abdominales et vomissements [1]
- Triage par une infirmière organisatrice de l'accueil qui classe le patient parmi les cas non graves [1 ;4]
- Réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) à 17h25 [1 ;5]
- Administration d'un antidouleur à 17h30 [1]
- Réalisation d'une prise de sang à 18h20. Résultats transmis à 20h25 [1 ;3 ;4 ;5]
- Administration d'un antiémétique à 18h30 [1]

- Premier examen médical à 20h avec questionnement sur la consommation de cannabis [1 ;2 ; 3 ;4 ;5]
- Malaise à 21h30 [1 ;3 ;4 ;5]
- Injection d'antibiotiques à 23h [1 ;2 ;3 ;4 ;5]
- Détérioration de l'état du patient (arrêts cardiaques, réanimation) [1 ;2 ;3 ;5]
- Décès prononcé à 2h [1 ;2 ;3 ; 4]
- Cause du décès : choc septique [1 ;2 ;3 ;4 ;5]
- Etiologie : infection méningocoque de sérogroupe W135 [1 ;4 ;5]

ANNEXE 3 : Déroulement de la prise en charge du patient



Chronologie des événements après le décès

Octobre 2023

Décès : 01 octobre

02 octobre

- Identification de l'agent pathogène responsable
- CHH signale la maladie à déclaration obligatoire (DO) à l'ARS
- L'ARS contacte la famille pour l'antibioprophylaxie
- CHH réceptionne le courrier de l'équipe soignante daté du 30/09/2023

06 octobre

- Sérotypage W
- Le dossier médical est adressé anonymement depuis les urgences du CHH au domicile du patient

11 octobre

- CHH réceptionne la demande de la famille pour la communication du dossier médical
- DD ARS contacte le témoin pour l'antibioprophylaxie

12 octobre

- L'ARS réceptionne le courrier de réclamation du témoin

13 octobre

- L'ARS demande au CHH un rapport circonstancié et l'intégralité du dossier médical

16 octobre

- HAS débute la visite de certification du CHH pour une durée de 4 jours

19 octobre

- CHH organise une première Commission des Usagers avec la famille

Novembre 2023

08 novembre

- CHH envoie le dossier médical à l'ARS

10 novembre

- CHH envoie le rapport circonstancié à l'ARS

20 novembre

- CHH remet les enregistrements du SAMU à la famille

21 novembre

- CHH organise une seconde CDU avec la famille

Décembre 2023

07 décembre

- La famille dépose plainte

18 décembre

- L'ARS demande au CHH de déclarer un Événement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS) et de réaliser une Revue de Mortalité et Morbidité (RMM)

20 décembre

- CHH réalise la déclaration EIGS - volet 1

Janvier 2024

19 janvier

- CHH organise une réunion de morbi-mortalité (appui SRAQ)

31 janvier

- CHH réalise la déclaration EIGS - volet 2

Février 2024

06 février

- CHH dépose article 40 au procureur pour vol de données

09 février

- CHH déclare le vol de données à la CNIL

21 février

- La ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités missionne l'IGAS

Mars 2024

07 mars

- Clôture par l'ARS de son rapport provisoire

Source : Mission

ANNEXE 4 : La grille de triage utilisée par le centre hospitalier de Hyères

[1] La grille de triage utilisée par le service des urgences du CH de Hyères est celle déployée dans le logiciel Terminal Urgences (TU).

[2] La détermination d'une catégorie de recours (cardiologie, dermatologie, hépato-gastro entérologie) puis d'un motif de recours (douleur abdominale, vomissements, ...) vont automatiquement déterminer un code de gravité de 1 à 5 qui correspond à un délai maximal de prise en charge médicale. Si une action rapide est nécessaire dans les 20 mn comme un geste antalgique, le TU offre pour certains motifs de recours (colique néphrétique, douleur thoracique...) la possibilité de rajouter une étoile pour distinguer deux niveaux supplémentaires (3* et 4*).

Tableau 1 : Délai maximal de prise en charge intégré dans TU selon le degré de gravité identifié au moment du triage

Code Gravité	Délai de prise en charge	Action nécessaire dans 20 mn
1	Immédiate	
2	< 20 mn	
3	< 60 mn	3*
4	< 120 mn	4*
5	< 240 mn	

Source : Grades PACA- mission

Patients attendus SAMU

Le Terminal SMUR est un dossier patient SMUR dématérialisé utilisé par tous les SAMU de PACA. Il génère des comptes-rendus médicaux directement transmis, via le ROR, aux médecins des services destinataires. Les enjeux de son utilisation sont de sécuriser les prises en charge en permettant de façon simple et rapide l'accès au dossier médical créé lors d'une régulation (identité victime, données médicales etc.) ou lors d'une intervention SMUR.

Les patients attendus adressés par le SAMU sont signalés par un icône spécifique sur le TU dont le survol avec la souris permet l'accès aux données préhospitalières. Ces données sont destinées à être liées au patient qui sera créé dans le SIH au moment de son arrivée dans l'établissement. Elles sont ainsi ajoutées au dossier du patient. En l'absence de rattachement à un patient ces données sont automatiquement supprimées au bout de 3 heures.

ANNEXE 5 : Recommandations formalisées d'experts pour le triage en structure des urgences

Les recommandations professionnelles pour le triage en structure des urgences ont été établies par un comité d'experts réuni sous l'égide de la société française de médecine d'urgence (SFMU)¹¹⁵. 58 recommandations ont été produites dans ce cadre :

- 1 - Les experts recommandent que le triage soit effectué par un(e) IDE dédié(e). (accord fort)
- 2 - Les experts recommandent que le triage soit réalisé le plus tôt possible après l'arrivée à l'accueil. (accord fort)
- 3 - Les experts recommandent que l'organisation de l'accueil soit adaptée à l'intensité du flux. (accord fort)
- 4 - Les experts recommandent que l'IOA ait, entre deux patients triés, un contact visuel sur ceux en attente de triage.
- 5 - Les experts recommandent que le délai avant triage ne dépasse pas trente minutes.
- 6 - Il faut que le triage soit effectué en un lieu individualisé, avec un matériel adapté et des conditions qui assurent la confidentialité. (accord fort)
- 7 - Les experts recommandent que le triage concerne tous les patients. (accord fort)
- 8 - Il faut que le triage soit effectué en toute neutralité, sans discrimination vis-à-vis du malade ou du motif de recours au soin. (accord fort)
- 9 - Il faut que le triage soit réalisé à l'aide d'une échelle spécifique. (accord fort)
- 10 - Il faut que l'ensemble des informations recueillies lors du triage et le niveau de priorité qui en découle apparaissent dans le dossier patient. (accord fort)
- 11 - Il faut que le triage s'appuie sur l'expérience du travail en SU et sur une formation spécifique. (accord fort)
- 12 - Il faut que le triage permette d'orienter chaque patient vers le secteur de prise en charge adapté.
- 13 - Les experts proposent que le triage permette de réorienter, selon avis médical et/ou protocole, les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge au sein de la SU.
- 14 - Il faut que le triage définisse pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale. (accord fort)

¹¹⁵ Le triage en structure des urgences - Société Française de Médecine d'Urgence - 2013

- 15 - Les experts recommandent qu'au terme du triage, les patients et les accompagnants soient informés sur la durée prévisible de leur attente malgré son caractère très approximatif.
- 16 - Les experts recommandent une réévaluation sommaire des patients en attente quand le délai prévu par le triage est dépassé.
- 17 - Les experts recommandent que toute SU possède et suive régulièrement des indicateurs qualité du triage.
- 18 - Les experts recommandent que ces indicateurs soient utilisés pour mettre en place des actions d'amélioration continue de la qualité. (accord fort)
- 19 - Les experts recommandent d'utiliser le délai avant contact IOA comme un indicateur qualité du triage (temps entre l'entrée dans la SU et la prise en charge par l'IOA).
- 20 - Les experts proposent d'utiliser la durée du triage par l'IOA comme un indicateur qualité du triage.
- 21 - Les experts recommandent d'utiliser le délai de premier contact médical comme un indicateur qualité de l'organisation de l'accueil (temps entre l'entrée dans la SU et la prise en charge médicale).
- 22 - Les experts recommandent d'utiliser le pourcentage de prises en charge médicale dans le délai indiqué par le triage comme un indicateur qualité de l'organisation de la SU.
- 23 - Il faut utiliser une échelle de triage validée, fiable et reproductible. (accord fort)
- 24 - Il faut que l'échelle de triage comporte 4 ou 5 niveaux.
- 25 - Il faut que l'échelle de triage soit adaptée aux caractéristiques de l'organisation nationale des soins (médecine préhospitalière).
- 26 - Les experts recommandent que les niveaux de l'échelle s'appuient sur des critères identifiés.
- 27 - Les experts proposent la construction d'une échelle de triage spécifique, unique au niveau national, prenant en compte les spécificités de l'adulte et de l'enfant.
- 28 - Il faut que la fonction d'IOA puisse être assurée 24 heures sur 24. (accord fort)
- 29 - Les experts recommandent qu'entre 5 et 8 malades à trier par heure, un(e) IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission.
- 30 - Les experts recommandent qu'au-delà de 8 malades à trier par heure, l'IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission avec un renfort.
- 31 - Les experts recommandent qu'au-delà de 10 malades à trier par heure, l'IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission avec un renfort par un personnel (IDE et/ou médecin) formé au triage. (accord fort)
- 32 - Les experts recommandent que le temps maximum du triage ne dépasse pas 10 minutes. (accord fort)
- 33 - Il faut que l'IOA évalue systématiquement la douleur.
- 34 - Il faut qu'un protocole de prise en charge de la douleur soit rédigé et appliqué par l'IOA selon la cotation de la douleur.

35 - Il faut mettre à disposition de l'IOA des outils d'évaluation adaptés à la typologie des patients reçus (exemple : mesure de la tension artérielle, fréquence cardiaque, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire, bandelette capillaire, bandelette urinaire, poids des enfants en bas âge). (accord fort)

36 - Il faut que devant une douleur thoracique évoquant un syndrome coronarien, l'IOA organise la réalisation d'un ECG dans les 10 minutes. (accord fort)

37 - Il faut que cet ECG, réalisé dans un box de triage ou dans un box de soins, soit présenté immédiatement à un médecin.

38 - Les experts recommandent une organisation permettant de connaître en temps réel le nombre de patients inscrits, leur niveau de priorité, les temps écoulés depuis leur inscription, leur localisation et la disponibilité des boxes d'examen. (accord fort)

39 - Il faut que les IOA reçoivent une formation au triage adaptée à la SU, délivrée par des professionnels de la médecine d'urgence.

40 - Les experts recommandent qu'un(e) IDE soit formé(e) pour l'accueil et le triage après une ancienneté aux urgences idéalement d'un an, au minimum de 6 mois.

41 - Les experts recommandent que l'enseignement contienne des axes de formation centrés sur l'examen clinique infirmier (annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier), le processus de triage, les sciences humaines, les soins infirmiers en situation d'urgence, la connaissance des cadres administratifs, législatifs et les aspects médico-sociaux. (accord fort)

42 - Il faut qu'un médecin posté de la SU soit référent (médecin référent : MR) de l'IOA. (accord fort)

43 - Il faut que le MR connaisse le protocole de triage et les circuits patients de la SU, l'organisation de l'établissement et des différents plateaux techniques. (accord fort)

44 - Il faut que le MR soit décisionnaire dans l'orientation initiale du patient et la priorisation des prises en charge.

45 - Il faut que le MR interprète rapidement et signe l'ECG réalisé lors du triage. (accord fort)

46 - Il faut qu'une fiche de poste décrive la fonction de MCO.

47 - Il faut que le MCO soit un médecin senior, expérimenté en médecine d'urgence, capable de faire une évaluation rapide du malade et des ressources à mobiliser.

48 - Les experts recommandent que le MCO ait une ancienneté de plus de deux ans d'activité en SU.

49 - Il faut que le MCO puisse repérer les patients susceptibles de s'aggraver et prioriser leur prise en charge.

50 - Il faut que le MCO puisse mettre en alerte les interlocuteurs médicaux et institutionnels en cas de saturation du service. (accord fort)

51 - Les experts proposent que le MCO réceptionne les appels téléphoniques provenant d'un interlocuteur médical.

52 - Les experts recommandent que le MCO réoriente sur le SAMU-Centre 15 les appels relevant des missions de la régulation.

53 - Les experts proposent que le MCO puisse occasionnellement faire des consultations courtes.

54 - Les experts proposent que le MCO ait la possibilité de répartir et adapter les ressources médicales et paramédicales dans les zones de soins.

55 - Les experts proposent que le MCO participe à l'accueil à l'information des patients et de leurs accompagnants en collaboration avec l'IOA.

56 - Les experts proposent que le MCO dispose d'un téléphone portable à accès entrant et sortant directs. (accord fort)

57 - Les experts proposent que ces appels soient reçus sur un numéro de téléphone unique connu des correspondants internes et externes à l'hôpital.

58 - Les experts proposent que le MCO dispose d'un logiciel décrivant le nombre et la typologie des patients, leurs niveaux de priorité et leur situation géographique au sein de la SU. (accord fort)

ANNEXE 6 : Le plan d'actions du service des urgences du CH de Hyères

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2024-024R

Centre Hospitalier d'Hyères: Suivi du plan d'actions SAU (dont actions RMM et recommandations HAS)				
THEMATIQUES	ACTIONS	QUI ?	QUAND ?	commentaire
Ressources humaines	1/ Créer une ligne de renfort AS de jour		réalise progressivement à compter du 01/04	
	2/ Positionner un personnel en service civique pour accueil patients-famille		01/05	
	3/ Envisager le positionnement d'un agent soignant en reclassement pour l'accueil patients-famille		Réalisé depuis le 25/03	
Organisation de l'aval du SAU	1/ Rouvrir les lits de gériatrie		réalisé depuis le 2/01/2024	
	2/ Rédiger et adopter une procédure intra HET		2/avril 2024	
	3/ Organiser le bed management via une cellule hebdomadaire		3/ réalisé depuis le 16/11/2023	
	4/ Poursuivre le travail de bed management de territoire		4/ en cours	
	5/ Mettre en place une commission de gestion des bed bloqueurs		5/ réalisé : depuis le 13/02/2024	
Organisation de la biologie au SAU et Optimisation de l'acheminement des tubes sanguins (du point de collecte au retour d'informations par le labo si besoin)	1/ Evaluer l'organisation des tournées de ramassage bilans sanguins		24-avr-24	
	2/ Evaluer les possibilités d'étendre les types d'examens en biologie délocalisée		réalisé le 14/03/2024	
	3/ Réévaluer l'entretien et la maintenance de la biodéloc CHH		réalisé le 14/03/2024	
	4/ Maximiser l'utilisation sacs rouges par le SAU		réalisé le 15/03/2024	
	5/ Organiser l'accès au DPI du CHH par biologistes		01-mai-24	

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2024-024R

Organisation du service		6/ Programmer 1 alerte logicielle quand doublons de prescription	Vu le 14/03/2024	
		7/ Mettre en place un système d'alerte pour le coursier de laboratoire		réalisé le 08/03/2024
		8/ Mettre en place une procédure d'appel pour donner les résultats anormaux au médecin prescripteur		01-juin-24
	apport de temps médical libéral (MMG ou Co-Ut)	Elargir pour la période estivale les plages MMG de 9h à 0h, en lieu et place de 20h30' 0h avec objectif de libérer du temps médical de praticien hospitalier et fluidifier parcours patient non urgent (CCMU1)		24-avr-24
	pertinence des actes	Engager le travail sur la pertinence des actes en staff SAU et en équipes élargies quand concerne autres secteurs du CH		présenté en directoire et CME du 13/12/2023
	Accès aux avis spécialisés pour fluidité parcours patient	renfort des spécialités médicales par recrutement ou par consultations avancées		1/ réalisé
				2/ réalisé
				3/ en cours
				4/ 2nd semestre 2024
				5/ 2025
confidentialité intimité dignité patient	Objectif: respecter la confidentialité, l'intimité et la dignité des patients dans l'ensemble de l'établissement y compris aux urgences. Actions: extension du SAU dans le cadre du SDI intégré au projet d'établissement 2022/2027	2027		
Sécurisation du dossier patient	Homogénéiser les supports de dossiers patients	2025		
Classification de l'urgence d'un patient	Intégrer le score de News dans la priorisation IOA et le suivi patients aux urgences	réalisé le 19/03/2024		
Améliorer les transmissions et la traçabilité en temps réel dans	Envisager la possibilité de mettre en place des outils permettant le relevé des constantes de manière automatique.	réunion avec GRADES le 15/03/2024		
	Installer 2 ordinateurs à la SAUV	Réalisé 01/04/2024		

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2024-024R

	le DPI	Rappeler par une réunion d'information dédiée l'intérêt de la traçabilité du DPI		25/03/2024	
	Améliorer la PEC des patients ayant un choc septique	Rédiger un protocole sur la prise en charge du choc septique (choix de l'antibiothérapie à spectre communautaire)		réalisé le 19/03/2024	
	Améliorer la communication avec les familles	Travailler sur un circuit de transmission d'information aux familles Organiser une réunion collégiale avec l'équipe du SAU pour discuter de la mise en place de visites courtes autorisées		Réunion réalisée le 25/03/2024	
Compétences et qualité de vie au travail PM et PNM	Formation gestes d'urgence	assurer les formations AFGSU des professionnels		réalisé en continu	
	Travail des compétences	proposer aux équipes des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences		réalisé en continu	
	ressenti charges de travail entre différents services du CH	Organiser des actions pour mieux connaître le travail effectué dans autre service, démarche "vis ma vie"		réalisé en continu	
	Patient Expert	Repérer un ou plusieurs patients Experts		déc-24	
	Ergonome	S'inspirer de la démarche ergonome mise en place au CHB pour le CHH		déc-24	
	Prévention RPS	Proposer un accompagnement et un soutien psychologique aux agents et praticiens Evaluer les RPS spécifiques de l'équipe à l'occasion de la visite périodique, priorisée sur l'équipe SAU par le SST		réalisé en continu	
Rapports SAU/autres services	Coordination SAU-Imagerie	1/ organiser un staff gouvernance SAU-Imagerie		1/ mai 2024	
		2/ revoir le projet de service imagerie avec accompagnement du cabinet CNEH		2/ septembre 2024	

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2024-024R

	Organisation du circuit patient en entrée directe ayant besoin d'être bilanté (SAU ou service concerné)	Organiser un échange entre les médecins des services à entrée directe (CSG, médecine polyvalente) et ceux du SAU en présence PCME		réalisé en octobre 2023	
facteurs extra CHH	Problématique de la fluidité filière psychiatrique	1/ Organiser une visite ZAC CHD		juin 2024	
		2/ Evaluer et faire évoluer la convention de partenariat CHH/CHS		juin 2024	
	Protocole de coopération renforcée avec CNSP Carré Vilette	Elaborer un protocole de coopération renforcé entre nos 2 structures		15-mai-24	
	Problématique de la fermeture SAU St Tropez nuit = surcroît travail	Evaluer avec le Centre 15 la resectorisation liée à la fermeture nocturne du SAU Centre 15		réalisé en septembre 2023	
	Problématique de la récupération des patients du SAU CHH par CH Gassin au matin	Echanger avec la Direction du CH St Tropez et le responsable du SAU CH St Tropez sur la récupération des patients relevant de leur bassin admis au SAU du CHH la nuit		réalisé en septembre 2024	
	Transports patients	1/ Bien utiliser les taxis quand patients valides		avr-24	
		2/ organiser rencontre transporteurs (cf ds PTAM les sociétés qui posent problèmes)		mai-24	
Gestion de l'agressivité patients/familles	Renforcer la sécurité		réalisé en continu		
Locaux	Problématique exiguité salle de soins	A traiter via le SDI qui prévoit restructuration et extension du SAU		en cours pour placard SAU et cloisons UHU en attente étude DST pour autres thématiques Réalisé en 09/2023 pour lave bassin, fronton pédiatrie et brancards	
	Problématique exiguité salle de repos	A traiter via le SDI qui prévoit restructuration et extension du SAU			
	Problématique éloignement bureau med et IDE	A traiter via le SDI qui prévoit restructuration et extension du SAU			
	Agrandissement zone de réserve matériels	A traiter via le SDI qui prévoit restructuration et extension du SAU			
	Signalétique	Eteindre l'affichage "urgences pédiatriques" la nuit			
	Problématique douche UHU non adaptée	Lancer une étude DST			
	Disponibilité lave-bassin (gestion des pannes)	1/ procéder à la maintenance du lave bassin par DST 2/ commander les bassins et urinoirs adaptés 3/ Former les personnels et les services techniques à ce <u>nouvel appareil</u>			
	Disponibilité des brancards (nombre, gestion des réparations)	1/ Faire un état des lieux du parc de brancards 2/ Sécuriser et suivre le circuit bons de réparation (noter le numéro et la défaillance du brancard)			

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2024-024R

Matériels	Suivi des commandes et des réparations de matériels	Réaliser un état des lieux commun encadrement / DST			
	sécurisation de la prise en charge au SAU	Sécuriser la prise en charge des patients aux urgences, notamment par l'installation de sonnettes d'appel, y compris pour les patients en attente sur des brancards			
Suivi de l'activité	Suivi du nombre de passages au SAU	réaliser un suivi des indicateurs			en continu
	suivi du Nombre de sorties SMUR	réaliser un suivi des indicateurs			en continu
	suivi du temps d'attente SAU	réaliser un suivi des indicateurs			en continu

Origine des actions

plan d'action interne
rapport de certification HAS
résultat RMM 19 janvier 2024

ANNEXE 7 : La grille de triage « French » recommandée par la SFMU

[1] La grille de triage, « FRENCH » (French Emergency Nurses Classification in Hospital) se présente sous forme d'un tableau avec les différents appareils (cardiologie, pneumologie, respiratoire...).

[2] Elle détaille les principaux motifs de consultation aux urgences avec un tri Médian et des modulateurs.

French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

OBSERVATIONS DES ORGANISMES AUDITÉS ET RÉPONSES DE L'IGAS

OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS PACA ET RÉPONSES DE L'IGAS



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Marseille, le 17 juillet 2024

Direction Générale
Mission Inspection Contrôle Réclamations
Affaire suivie par : Evelyne Falip
Tél. : 04.13.55.81.66
Mail : evelyne.falip@ars.sante.fr

Le Directeur Général
à
Monsieur Thomas Audigé
Chef de l'IGAS
39 - 43 Quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

Réf : IC-0724-8915-D

A l'attention du Docteur Baqué et de Monsieur Paux

Objet : Rapport d'observation provisoire IGAS 2024-024R – Contrôle à la suite du décès d'un patient à l'hôpital d'Hyères

Dans le cadre de la procédure contradictoire de l'inspection citée en objet, vous m'avez adressé le rapport d'observation provisoire afin de recueillir mes observations éventuelles sur les constats et recommandations relevant du champ de compétence de l'agence.

Vous trouverez la réponse de mes services en annexe sur trois points : la supervision du plan d'actions du centre hospitalier par l'ARS ; le projet d'investissement relatif au service des urgences aux fins de sécurisation des locaux ; la gestion de l'événement par l'ARS suite à la réclamation reçue et la non réalisation d'une inspection sur site ; la gestion des contacts dans le cadre de la déclaration de l'infection invasive à méningocoque (IIM).

Sébastien DEBEAUMONT
Directeur Général par intérim de l'ARS PACA



Annexe :

Réponse de l'ARS PACA dans le cadre de la procédure contradictoire suite au rapport provisoire IGAS 2024-024R – Contrôle à la suite du décès d'un patient à l'hôpital d'Hyères.

1. Supervision du plan d'actions du centre hospitalier par l'ARS PACA

L'ARS PACA va mettre en place un suivi formalisé sur la base d'un rendez-vous entre la délégation départementale du Var et le centre hospitalier.

Le rythme envisagé est d'une réunion tous les deux mois et sera adapté en fonction des besoins.

Le suivi sera formalisé par un tableau de suivi de la mise en œuvre des mesures. Le plan d'action en cours de déploiement pourra être enrichi d'items relatifs aux préconisations issues de la version définitive du rapport IGAS.

2. Projet d'investissement sur le service des urgences

En ce qui concerne l'organisation et le dimensionnement des locaux, le constat établi par l'IGAS est partagé par les analyses produites en interne à l'agence. Malgré la baisse constatée de l'activité, les locaux dédiés à l'accueil des patients aux urgences sont insuffisamment dimensionnés, notamment au vu des nouveaux référentiels mis à disposition concernant le nombre de box, de lits d'UHCD, le dimensionnement surfacique.

Consciente de ces difficultés, la direction générale commune aux entités juridiques des établissements de Hyères et de Toulon, a inscrit dans son projet médical et son schéma directeur immobilier, la restructuration de son service d'urgences. Ainsi, au regard des enjeux partagés, ce projet avait été intégré dans la stratégie régionale des investissements du Ségur de la santé en PACA (publié en décembre 2021). Le montant ainsi que le périmètre des opérations n'étaient pas précisément connus à l'époque, cependant une aide régionale de 18 M€ avait été fléchée pour l'accompagnement financier de ce projet.

Présenté en décembre 2023, au Directeur général de l'ARS la version finale de ce projet qui embarque bien entendu la restructuration des services d'urgences hyérois est estimé à 89,3 M€ TDC dont 31 M€ pour les travaux d'extension et de modernisation des plateaux techniques du CH de Hyères. La réunion de lancement de l'instruction du projet par l'ARS a eu lieu le 27 mai 2024 et l'étude de soutenabilité financière a débuté à l'issue.

Le rapport transmis par vos services confirme le caractère urgent de l'opération.

Ainsi, en ce qui concerne le projet immobilier, après une première étude des documents transmis suite à la réunion de lancement, il ressort que si le site de Marie José Treffot dispose des surfaces foncières suffisantes pour adapter les bâtiments aux activités du CH, le processus d'instruction devra toutefois étayer le besoin du service selon les particularités de leur activité (type de box, saisonnalité, ...) et y associer les activités annexes (SMUR, MMG, ...).

Par ailleurs, il est important de noter que le service actuel déjà en tension comme démontré dans le rapport ne supportera probablement pas une réhabilitation en site occupé ce qui conduirait donc à étudier à minima deux scénarii :

- Construction d'un bâtiment hébergeant définitivement le service des urgences ;
- Construction d'un bâtiment provisoire permettant d'héberger temporairement le service des urgences le temps de rénover le service existant disposant d'un potentiel d'agrandissement au niveau de l'USC.

Afin d'optimiser le planning général, certaines actions seraient nécessaires :

- Phaser une instruction et une enveloppe financière dédiée aux urgences dans le SDI de l'établissement ;
- Libérer la zone à construire en déplacement la chaufferie vétuste existante en avance de phase ;
- Envisager un marché global sectoriel.

Malgré cette optimisation, il faudra prévoir un délai d'environ 2,5 ans pour la réalisation de l'un ou l'autre des scénarii ce qui nécessitera dans le même temps d'adapter les locaux existants afin de pouvoir répondre aux dysfonctionnements les plus importants :

- Locaux provisoires « type préfabriqué » pour accroître les surfaces ;
- Revoir la gestion des flux pour l'adapter aux bonnes pratiques ;
- Compenser la carence de surveillance physique des patients par d'autres moyens techniques.

Au regard des conclusions du rapport l'ARS va étudier avec l'établissement les possibilités d'une mise en œuvre accélérée du projet de rénovation du service des urgences du Centre Hospitalier de Hyères et les sources de financement complémentaires qui pourraient être dégagées à cet effet.

3. Gestion de l'événement par l'ARS

Le chapitre 2.9 est intitulé « L'ARS, suite à la réclamation d'un témoin, a demandé des éléments circonstanciés à l'établissement sans procéder à un contrôle sur place. ».

La mission précise ensuite « **A aucun moment l'ARS ne s'est rendue dans l'établissement ou n'a exercé ses pouvoirs de contrôle** ». La phrase est inscrite en gras dans le rapport.

Le chapitre 4.4 indique « Au regard de la gravité des conséquences pour le patient et de la sensibilité de la réclamation déposée à l'encontre du CH de Hyères, l'absence de contrôle sur place de celui-ci par l'ARS PACA peut questionner ».

Sur ces mentions qui remettent en cause les décisions prises par l'ARS PACA dans la gestion de l'événement, l'agence souhaite apporter les précisions supplémentaires suivantes :

- Gestion initiale de la réclamation

L'ARS a pris en compte lors de l'analyse initiale de la réclamation :

- La gravité des faits rapportés : décès d'un jeune homme au sein d'un service d'urgence ; le décès, l'âge du patient, la survenue dans un service d'urgence dont les difficultés sont connues ont été prise en compte ;
- L'identité du réclamant : il n'a pas d'intérêt à agir ; il s'agit d'un voisin de box ; les faits rapportés peuvent être inexacts (certains d'entre eux l'étaient comme l'enquête le montrera secondairement) ;
- L'absence de réclamation de la famille ; de médiatisation et de judiciarisation mais le risque d'une évolution dans ce sens (le réclamant a adressé le courrier en copie au procureur de la République).

La procédure de gestion des réclamations propre à l'ARS PACA prévoit plusieurs modalités de traitement dont le déclenchement d'une inspection et ceci dès réception de la réclamation.

Une grille de criticité est disponible et utilisée lors de la réunion pluridisciplinaire pour le traitement des réclamations complexes.

Le résultat de l'analyse de criticité n'est pas tracé de façon systématique. Il ne l'a pas été dans ce cas particulier. Le score est de 96 soit en deçà de celui qui invite à envisager une inspection.

Bien que le réclamant n'ait pas d'intérêt à agir, la gravité des faits rapportés ; la mise en cause d'un service d'urgence dans un contexte de difficultés de fonctionnement identifié au niveau national, régional et local et le risque de judiciarisation ont conduit à traiter la réclamation par la demande d'un rapport circonstancié. Il s'agit d'une des autres modalités de réponse prévues dans le guide de traitement des réclamations PACA.

- Réception du rapport circonstancié et des éléments complémentaires (RMM annoncée mais en fait compte-rendu de staff)

L'ARS identifie l'événement comme un EIGS.

La vérification a déjà été faite de l'absence de déclaration par l'établissement.

La gestion ultérieure de l'événement peut alors se faire selon plusieurs modalités qui ont été examinées en concertation entre les directions concernées et soumise à l'arbitrage du directeur général :

- Ne pas poursuivre les investigations, option d'emblée écartée au vu de la gravité des faits ; des premiers dysfonctionnements identifiés ; de la médiatisation et de la judiciarisation de l'événement ;
- Poursuivre par la demande de déclaration d'un EIGS afin d'inciter le CH à procéder à une RMM et d'engager de lui-même les actions correctives ;
- Déclencher une inspection, soit restreinte (volet pharmacie/biologie), soit globale.

La 2^{ème} option a été choisie en raison :

- De l'impact de l'événement sur le personnel du service des urgences ; une inspection dans ces circonstances aurait aggravé le malaise mais aurait également pu conduire à limiter la transparence des propos des personnels impliqués ;
- De l'intérêt d'une analyse collégiale et interne de l'événement pour permettre une circulation libre et ouverte de la parole ;
- De l'appropriation par le CH de l'analyse des causes et des actions à mener plus importante dans le cadre du traitement d'un EIGS que dans un contexte d'inspection où les constats peuvent être vécus comme plaqués sur une réalité de terrain différente ;
- De la possibilité de déclencher l'inspection à la réception du volet 2.

Il est à noter que le choix de cette deuxième option a été plus chronophage pour l'ARS qu'une inspection et a nécessité une rigueur importante dans le suivi.

L'ARS a par ailleurs fait le choix d'un accompagnement méthodologique de la démarche par la cellule régionale d'appui à la qualité afin de s'assurer de la robustesse de la RMM et de la qualité de ses résultats.

Il a été également décidé de raccourcir le délai de réalisation du volet 2 au regard du contexte déjà retracé.

L'option de déclenchement d'une inspection a été reportée à la réception du volet 2. Lors de l'analyse de ce dernier, le principe du déclenchement d'une inspection IGAS étant acté, une inspection ARS ne pouvait plus être diligentée.

L'ARS demande donc à l'IGAS de prendre en compte les éléments susmentionnés et de préciser le libellé des formulations qui remettent en cause son action dans le rapport.

Elle souhaite préciser par ailleurs qu'un retour d'expérience sera réalisé au sein de la MICR en collaboration avec les autres directions concernées afin d'analyser les décisions prises et d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

Les conclusions de l'inspection IGAS permettent d'envisager des axes d'amélioration complémentaires du plan d'action, qui vont permettre d'améliorer et sécuriser la prise en charge des patients du service des urgences du CH de Hyères. Un comité de suivi va être mis en place à l'ARS PACA afin de s'assurer de l'effectivité des mesures demandées.

4. Gestion des contacts dans le cadre de l'IIM

La décision de mise sous antibiothérapie prophylactique du réclamant est jugée inappropriée car trop tardive.

Malgré les conseils du médecin de l'ARS dont l'évaluation du risque rejoignait celle de l'IGAS, le patient a fortement insisté pour obtenir le traitement malgré un contact non significatif et le dépassement du délai des 10 jours. Le médecin de l'ARS a pris en compte les circonstances particulières du contact de ce patient avec le patient décédé.

Réponses aux observations du directeur général de l'ARS PACA dans le cadre de la procédure contradictoire

Recommandation n°1 après § 271 : « Confier à l'ARS la supervision de la mise en œuvre du plan d'actions du service des urgences et mettre en place un dispositif d'évaluation de l'impact de ce plan sur la qualité des prises en charge » L'ARS PACA va mettre en place un suivi formalisé sur la base d'un rendez-vous entre la délégation départementale du Var et le centre hospitalier. Le rythme envisagé est d'une réunion tous les deux mois et sera adapté en fonction des besoins. Le suivi sera formalisé par un tableau de suivi de la mise en œuvre des mesures Le Plan d'actions en cours de déploiement pourra être enrichi d'items relatifs aux préconisations issues de la version définitive du rapport IGAS.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

Recommandation n°13 après § 336 : « Réétudier les possibilités de financer l'extension des locaux du service des urgences pour améliorer la sécurité des soins » Eh ce qui concerne l'organisation et le dimensionnement des locaux, le constat établi par l'IGAS est partagé par les analyses produites en interne à l'agence. Malgré la baisse constatée de l'activité, les locaux dédiés à l'accueil des patients aux urgences sont insuffisamment dimensionnés, notamment au vu des nouveaux référentiels mis à disposition concernant le nombre de box, de lits d'UHCD, le dimensionnement surfacique. Consciente de ces difficultés, la direction générale commune aux entités juridiques des établissements de Hyères et de Toulon a inscrit dans son projet médical et son schéma directeur immobilier, la restructuration de son service d'urgences.

Ainsi au regard des enjeux partagés, ce projet avait été intégré dans la stratégie régionale des Investissements du Ségur de la santé en PACA (publié en décembre 2021). Le montant ainsi que le périmètre des opérations n'étaient pas précisément connus à l'époque, cependant une aide régionale de 18 M€ avait été fléchée pour l'accompagnement financier de ce projet.

Présenté en décembre 2023 au Directeur général de l'ARS, la version finale de ce projet qui embarque bien entendu la restructuration des services d'Urgences hyérois est estimé à 89,3 M€ TDC dont 31 M€ pour les travaux d'extension et de modernisation des plateaux techniques du CH Hyères. La réunion de lancement de l'instruction du projet par l'ARS a eu lieu le 27 mai 2024 et l'étude de la soutenabilité financière a débuté à l'issue.

Le rapport transmis par vos services confirme le caractère urgent de l'opération.

Ainsi, en ce qui concerne le projet immobilier, après une première étude des documents transmis suite à la réunion de lancement, il ressort que si le site de Marie José Treffot dispose des surfaces foncières suffisantes pour adapter les bâtiments aux activités du CH, le processus d'instruction devra toutefois étayer le besoin du service selon les particularités de leur activité (type de box, saisonnalité, ...) et y associer les activités annexes (SMUR, MMG, ...)

Par ailleurs, il est important de noter que le service actuel déjà en tension comme démontré dans le rapport ne supportera probablement pas une réhabilitation en site occupé ce qui conduirait donc à étudier à minima deux scénarii :

- Construction d'un bâtiment hébergeant définitivement le service des urgences
- Construction d'un bâtiment provisoire permettant d'héberger temporairement le service des urgences, le temps de rénover le service existant disposant d'un potentiel d'agrandissement au niveau de l'USC.

Afin d'optimiser le planning général, certaines actions seraient nécessaires :

- Phaser une instruction et une enveloppe financière dédiée aux urgences dans le SDI de l'établissement ;
- Libérer la zone à construire en déplacement la chaufferie vétuste existante en avance de phase.
- Envisager un marché global sectoriel,

Malgré cette optimisation, il faudra prévoir un délai d'environ 2,5 ans pour la réalisation de l'un ou de l'autre des scénarii ce qui nécessitera dans le même temps d'adapter les locaux existants afin de pouvoir répondre aux dysfonctionnements les plus importants :

- Locaux provisoires type préfabriqués pour accroître les surfaces ;
- Revoir la gestion des flux pour l'adapter aux bonnes pratiques ;
- Compenser la carence de surveillance physique des patients par d'autres moyens techniques

Au regard des conclusions du rapport, l'ARS va étudier avec l'établissement les possibilités d'une mise en œuvre accélérée du projet de rénovation du service des urgences du centre hospitalier de Hyères et sources de financement complémentaires qui pourraient être dégagées à cet effet.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

Titre avant § 243 : « L'ARS, suite à la réclamation d'un témoin, a demandé des éléments circonstanciés à l'établissement sans procéder à un contrôle sur place »

Et § 247 : « A aucun moment l'ARS ne s'est rendue dans l'établissement ou n'a exercé ses pouvoirs de contrôle : »

Et § 362 : Des enseignements plus généraux peuvent être tirés de l'analyse de ce décès « Au regard de la gravité des conséquences pour le patient et de la sensibilité de la réclamation déposée à l'encontre du CH Hyères, l'absence de contrôle sur place de celui-ci par l'ARS PACA peut questionner. »

Sur ces mentions qui remettent en cause les décisions prises par l'ARS PACA dans la gestion de l'évènement l'agence souhaite apporter les précisions supplémentaires suivantes :

•Gestion initiale de la réclamation :

L'ARS a pris en compte lors de l'analyse initiale de la réclamation :

La gravité des faits rapportés : décès d'un jeune homme au sein d'un service d'urgence ; le décès, l'âge du patient, la survenue dans un service d'Urgence dont les difficultés sont connues ont été prise en compte

L'identité du réclamant : il n'a pas d'intérêt à agir ; il s'agit d'un voisin de box, les faits rapportés peuvent être inexacts (certains d'entre eux l'étaient comme l'enquête le montrera secondairement)

L'absence de réclamation de la famille, de médiatisation et de judiciarisation mais le risque d'une évolution dans ce sens (le réclamant a adressé le courrier en copie au procureur de la République).

La procédure de gestion des réclamations propre à l'ARS PACA prévoit plusieurs modalités de traitement dont le déclenchement d'une inspection et ceci dès réception de la réclamation.

Une grille de criticité est disponible et utilisée lors de la réunion pluridisciplinaire pour traitement des réclamations complexes

Le résultat de l'analyse de la criticité n'est pas tracé de façon systématique. Il ne l'a pas été dans ce cas particulier. Le score est de 96 soit en deçà de celui qui invite envisager une inspection ;

Bien que le réclamant n'ait pas d'intérêt à agir, la gravité des faits rapportés ; la mise en cause d'un service d'urgence dans un contexte de difficultés de fonctionnement identifié au niveau national, régional et local et le risque de judiciarisation ont conduit à traiter la réclamation par la demande

d'un rapport circonstancié. Il s'agit d'une des modalités de réponse prévues dans guide de traitement des réclamations PACA

Réception du rapport circonstancié et des éléments complémentaires (RMM annoncée mais en fait compte-rendu de staff)

L'ARS identifie l'évènement comme un EIGS.

La vérification a déjà été faite de l'absence de déclaration par l'établissement.

La gestion ultérieure de l'évènement peut alors se faire selon plusieurs modalités qui ont été examinées en concertation entre les directions concernées et soumise à l'arbitrage du directeur général :

- Ne pas poursuivre les investigations, option d'emblée écartée au vu de la gravité des faits ; des premiers dysfonctionnements identifiés de la médiatisation et de la judiciarisation de l'évènement
- Poursuivre par la demande de déclaration d'un EIGS afin d'inciter le CH à procéder à une RMM et d'engager de lui-même les actions correctives
- Déclencher une inspection, soit restreinte (volet pharmacie/biologie), soit globale.

La 2^{de} option a été choisie en raison :

- de l'impact de l'évènement sur le personnel du service des urgences, une inspection dans ces circonstances aurait aggravé le malaise mais aurait également pu conduire à limiter la transparence des propos des personnels impliqués
- de l'intérêt d'une analyse collégiale et interne de l'évènement pour permettre une circulation libre et ouverte de la parole
- de l'appropriation par le CH de l'analyse des causes et des actions à mener plus importante dans le cadre du traitement d'un EIGS que dans un contexte d'inspection où les constats peuvent être vécus comme plaqués sur une réalité de terrain différente
- de la possibilité de déclencher l'inspection à la réception du volet 2.

Il est à noter que le choix de cette deuxième option a été Plus chronophage pour l'ARS qu'une inspection et a nécessité une rigueur importante dans le suivi.

L'ARS a par ailleurs fait le choix d'un accompagnement méthodologique de la démarche par la cellule régionale d'appui la qualité afin de s'assurer de la robustesse de la RMM et de la qualité de ses résultats. Il a été également décidé de raccourcir le délai de réalisation du volet 2 au regard du contexte déjà retracé

L'option de déclenchement d'une inspection a été reportée à la réception du volet 2. Lors de l'analyse de ce dernier, le principe du déclenchement d'une inspection IGAS étant acté, une inspection ARS ne pouvait plus être diligentée.

L'ARS demande donc à l'IGAS de prendre en compte les éléments susmentionnés et de préciser le libellé des formulations qui remettent en cause son action dans le rapport.

Elle souhaite préciser par ailleurs qu'un retour d'expérience sera réalisé au sein de la MICR en collaboration avec les autres directions concernées afin d'analyser les décisions prises et d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

Les conclusions de l'inspection IGAS permettent d'envisager des axes d'amélioration complémentaires du plan d'action, qui vont permettre d'améliorer et sécuriser la prise en charge des patients du service des urgences du CH de Hyères. Un comité de suivi va être mis en place à l'ARS PACA afin de s'assurer de l'effectivité des mesures demandées.

Réponses de la mission : rédaction modifiée pour § 247 - Les paragraphes §362 et suivants indiquent que le questionnement de la mission porte sur le cadrage national des missions d'inspections-contrôles des établissements par les ARS : rédaction maintenue

§ 235 : « La mission estime que cette décision était inappropriée. » La décision de mise sous antibiothérapie prophylactique du réclamant est jugée inappropriée car trop tardive.

Malgré les conseils du médecin de l'ARS dont l'évaluation du risque rejoignait celle de l'IGAS, le patient a fortement insisté pour obtenir le traitement malgré un contact non significatif et le dépassement du délai des 10 jours. Le médecin de l'ARS a pris en compte les circonstances particulières du contact de ce patient avec le patient décédé.

Réponse de la mission : Les indications de prophylaxie des infections invasives à méningocoques sont clairement définies dans l'instruction n° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 ainsi que le délai maximal de 10 jours pendant lequel ces traitements sont indiqués. De plus, il n'y avait pas eu de contact à risque avec le patient : rédaction maintenue.

OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CH TOULON LA SEYNE SUR MER – CH HYÈRES

Les éléments relevant du secret médical ainsi que les captures de vidéosurveillances ont été occultés.

Rapport IGAS N°2024-024R

Contrôle à la suite du décès d'un patient à l'hôpital d'Hyères



**OBSERVATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE HYÈRES
APRÈS RAPPORT PROVISOIRE**

Hyères, le 18 juillet 2024

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
OBSERVATIONS LIMINAIRES.....	3
ÉLÉMENTS DE RÉPONSE APPORTÉS PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE HYÈRES	8
Observations concernant la synthèse.....	8
1. Observations apportées par le CHH concernant « les principaux éléments de présentation du service des urgences du centre hospitalier de Hyères en lien avec la mission » (§42 à 69)	14
1.1. Le centre hospitalier de Hyères est en direction commune avec celui de Toulon et est en grande difficulté financière (§43 à 48).....	14
1.2. Le service des urgences du centre hospitalier de Hyères s’inscrit dans un contexte territorial fragile et voit son activité baisser (§49 à 62)	15
2. Observations apportées par le CHH concernant « la chronologie et l’analyse de la prise en charge du patient » (§63 à 242).....	17
2.1. Le patient contacte les services de secours, plusieurs heures après le début des premiers symptômes (§71 à 79)	18
2.2. L’activité aux urgences était particulièrement élevée le 30 septembre 2023 (§80 à 99)	18
2.3. La prise en charge hospitalière au service des urgences s’écarter à plusieurs reprises des normes et pratiques professionnelles (§100 à 197)	19
2.4. La cause du décès, rendue publique par la famille, est une pathologie rare et grave, dont la présentation n’était pas typique (§198 à 200)	30
2.5. Durant la prise en charge, l’information donnée à la famille est tardive et insuffisante (§201 à 216)	30
2.6. Le dossier patient a été officiellement transmis à la famille dans des délais conformes à la réglementation (§217 à 223)	31
2.8. Les signalements obligatoires aux autorités n’ont pas tous été effectués (§229 à 242)	33
3. Observations apportées par le CHH concernant les « dysfonctionnements mis en évidence à l’occasion du décès du patient, dont certains font l’objet d’actions correctives » (§253 à 336) 34	34
3.1. Un plan d’action pour le service des urgences a été établi par l’établissement pour répondre aux difficultés du service et aux analyses réalisées à la suite du décès du patient (§253 à 265)	34
3.3. Le plan d’actions pour le service des urgences ne couvre pas l’ensemble des dysfonctionnements constatés par la mission (§272 à 336)	36
5. Observations apportées par le CHH concernant les annexes.....	41
PIECES COMMUNIQUEES PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE HYERES	41

OBSERVATIONS LIMINAIRES

La lecture du rapport provisoire de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) concernant le Centre Hospitalier de Hyères (CHH) et le décès d'un patient survenu dans la nuit du 29 au 30 septembre 2023 a fait émerger de nombreuses remarques qui seront détaillées ci-dessous, paragraphe par paragraphe.

Avant la présentation de ces observations, le Centre Hospitalier de Hyères souhaite les faire précéder de trois observations liminaires générales qui lui paraissent essentielles après la lecture de ce rapport provisoire, et dont il souhaite qu'elles soient prises en compte dans le rapport définitif.

I/ Sur la conduite de l'enquête réalisée par l'IGAS et la tonalité du pré-rapport

Les représentants du Centre Hospitalier de Hyères ont eu le sentiment d'un écart existant entre la tonalité de la restitution orale donnée le 12 juin 2024 par les deux enquêteurs de l'IGAS et les termes de leur rapport provisoire, cette restitution orale leur ayant paru dans la forme comme dans le fond plus modérée que sa traduction écrite.

Il était au surplus difficile pour ces mêmes représentants de répondre point par point lors de cette restitution orale aux observations qui leur étaient livrées, les informations communiquées ayant été extrêmement denses, avec cette observation complémentaire que les insuffisances alors évoquées par les auditeurs ne paraissaient pas remettre en cause aussi gravement l'organisation du Centre Hospitalier que celles formulées quelques jours plus tard dans leur rapport provisoire.

Ce contraste va nécessairement conduire le Centre Hospitalier à présenter ici de nombreuses observations, celui-ci sollicitant qu'elles soient prises en considération pour moduler sensiblement le rapport définitif au regard du rapport provisoire.

Dans le même ordre d'idée, le Centre Hospitalier peut avoir le sentiment que des informations importantes données aux auditeurs dans le temps de leur enquête ne se retrouvent pas dans le rapport provisoire.

Le Centre Hospitalier de Hyères tient ici à souligner sa pleine et totale participation dans le cadre de cette enquête de l'IGAS avec :

- la communication immédiate de l'ensemble des documents demandés,
- l'organisation d'entretiens individuels avec le personnel de l'hôpital, lesquels se sont toujours correctement déroulés dans un temps particulièrement tendu au regard du traitement médiatique de l'affaire,

L'ensemble ayant pour objectif premier chez les représentants du Centre Hospitalier de fournir aux inspecteurs de l'IGAS **tous les éléments d'information qui leur permettaient une appréciation la plus juste possible de la situation.**

Le Centre Hospitalier a souhaité participer d'autant plus activement à cette enquête qu'il était et reste convaincu de n'avoir commis directement ou indirectement aucune faute ayant pu avoir un rôle causal dans le décès du patient concerné.

Or, il semble à la lecture du rapport qu'un certain nombre d'éléments apportés par les personnes interrogées, parfois à plusieurs reprises, ne sont pas repris dans celui-ci **alors même qu'ils nous paraissent absolument nécessaires à la bonne compréhension du déroulé des faits.**

A titre d'exemple- mais de nombreux autres vont être développés ci-après-, il est indiqué dans le pré-rapport qu'à 21h22, le patient présente une aggravation de son état clinique qui serait, selon les spécialistes interrogés par l'IGAS, « *insuffisamment qualifiée* » sur son dossier par le médecin en charge de ce patient.

Cette médecin a pourtant expliqué à l'occasion de son audition **l'ensemble des actions qu'elle a accomplies ou fait accomplir au moment où elle constate cette aggravation, qui démontrent justement toute l'importance qui avait été accordée à cette situation, prise avec grand sérieux.**

Or, à la lecture du rapport provisoire, les explications apportées par cette médecin ne se retrouvent pas dans la discussion et dans les éléments d'appréciation, alors qu'ils apparaissent au Centre Hospitalier d'une grande importance objective dans l'appréciation du déroulé des faits – il importerait d'ailleurs de savoir quelles sont les informations qui ont été données aux deux sachants interrogés, puisqu'elles sont par essence déterminantes des avis qu'ils auront exprimés.

Ce questionnement est renforcé à la lecture des éléments retenus par les enquêteurs concernant la compréhension du déroulé des faits.

II/ Sur les éléments retenus par les enquêteurs concernant la description du déroulé des faits

Le Centre Hospitalier estime à la lecture du rapport provisoire que les motifs du recours au service des urgences par le patient décédé ont été **insuffisamment documentés et explicités, alors même qu'ils paraissent absolument et totalement déterminants dans la manière dont le patient a été pris en charge par le Centre Hospitalier.**

Il n'est tout d'abord fait aucune mention des premières conclusions réalisées par SOS Médecin après l'appel du patient le 29 septembre 2023, qui classait le niveau de gravité concernant ce dernier à 0, ce qui doit nécessairement être mis en perspective avec le niveau de gravité qui sera déterminé à l'arrivée du patient au Centre Hospitalier, pour comprendre pourquoi deux interlocuteurs différents ont eu exactement la même appréciation de la gravité apparente de l'état du patient.

Plus important encore, le motif constaté par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) à l'arrivée du patient aux urgences, à savoir **un tableau digestif**, mérite aux yeux du Centre Hospitalier d'être explicité et exploité dans la compréhension du déroulé des faits comme ayant été absolument déterminant des modalités de la prise en charge du patient.

L'information est d'autant plus fondamentale que ce diagnostic était parfaitement cohérent avec :

- les symptômes décrits par le patient (dont les [REDACTED] multiples)
- l'allergie ou intolérance alimentaire dont il fait état à son arrivée,
- son régime alimentaire de la veille, qui ne respectait justement pas les contraintes de cette allergie ou intolérance.

A la lumière de ces informations, il ne peut être que constaté que le patient est en réalité admis au Centre Hospitalier pour une pathologie commune et peu grave au regard de son âge et sa condition physique, ce qui est évidemment totalement déterminant sur la manière dont il va être pris en charge.

Le Centre Hospitalier souhaite donc que le rapport définitif développe des éléments d'analyse sur le diagnostic bénin posé par les soignants, avec un degré de gravité et d'urgence faibles, pour le considérer en l'état **parfaitement légitime** au regard :

- Des constantes du patient, qui sont en accord avec les symptômes décrits ;
- De l'intolérance alimentaire mentionnée par le patient lui-même, et qu'il a précisé ne pas avoir respectée et qui correspondait aux symptômes perceptibles et décrits par lui ;

Précision faite que la seule constante anormale à son arrivée était une tachycardie totalement explicable par la déshydratation causée par le tableau digestif.

L'ensemble est évidemment à mettre en lien avec les bonnes pratiques médicales en termes d'admission, les professionnels de santé, pour établir un diagnostic, réfléchissant nécessairement par **argument de fréquence**.

Dans ce cas particulier, où un patient jeune et en bonne santé fait état d'un tableau digestif, précisant qu'il fait l'objet une allergie alimentaire qu'il n'a pas respectée la veille, ayant des symptômes et des constantes en cohérence avec les indications qu'il donne, le Centre Hospitalier de Hyères ne comprend pas quel autre diagnostic aurait pu être raisonnablement posé au temps de l'admission.

En contrepoint, le Centre Hospitalier de Hyères relève qu'alors que ces éléments d'information et d'analyse manquent, d'autres sont évoqués **qui ne sont pas en lien direct avec le décès du patient** mais qui viennent colorer péjorativement le rapport provisoire.

A titre d'exemple, il est mentionné que 24 heures de garde seraient fatigantes pour les médecins alors qu'il était 15 heures 51 à l'arrivée du patient, plage horaire au cours de laquelle les questions de fatigue sont nettement moins visibles qu'au milieu de la nuit, et en l'état totalement insusceptibles d'être l'explication de quoi que ce soit dans le déroulé de la prise en charge.

Le Centre Hospitalier souhaite enfin que soit corrigée la présentation de certaines données scientifiques et statistiques qui lui paraissent inexactes telles qu'elles sont verbalisées.

III/ Sur les éléments scientifiques concernant la cause du décès tel qu'ils ont été exploités par les enquêteurs

Pour mémoire, la cause du décès du patient est un choc septique lié à un méningocoque.

Il est indiqué dans le rapport provisoire que le taux de mortalité pour le sérotype concerné et la classe d'âge du patient serait de 24% s'agissant de ce méningocoque, cette affirmation étant à notre sens de nature à induire gravement le lecteur du rapport en erreur.

Ce chiffre ainsi posé laisse en effet penser que, dans une situation équivalente, 76% des patients survivraient, quand il apparaît en réalité qu'en cas de méningocoque W135, avec des symptômes s'étant déclarés 19h avant une admission à l'hôpital, le chiffre de 24% est manifestement inexact.

La juste conclusion scientifique statistique devrait au contraire conduire à considérer qu'au regard de l'état de ce patient à son arrivée aux urgences, que révéleront ensuite les analyses, celui-ci n'avait déjà presque aucune chance de survie, et qu'il était alors impossible de poser un juste diagnostic sur l'origine du mal dont ce patient souffrait, au regard de la cohérence de son discours et des symptômes qu'il présentait.

Le méningocoque W135 est en effet qualifié par la science « *d'atypique* », parce que les symptômes qu'il provoque – notamment le tableau digestif – sont très éloignés des symptômes classiques développés par les patients atteints d'un méningocoque autre.

En conséquence, il est presque indétectable avant tout résultat de bilans sanguins.

Il convient donc de rappeler avec insistance :

- D'une part que le patient s'est présenté à l'hôpital **19 heures après le début des symptômes** ;
- D'autre part, que les symptômes courants pour un méningocoque sont : les maux de tête, les raideurs dans la nuque, la photophobie, la fièvre ; en dehors de la fièvre, le patient n'a jamais présenté ces symptômes ni à son arrivée, ni au cours de son séjour au Centre Hospitalier ;

Ce méningocoque W135 était donc **objectivement impossible à diagnostiquer à son arrivée jusqu'au retour des examens biologiques, ce qui doit nécessairement faire l'objet de développement dans le rapport définitif.**

De même, il conviendrait que le rapport définitif rappelle que les symptômes développés par le patient en cas de méningocoque W135 ne sont justement absolument pas ceux du tableau clinique classiquement associé au méningocoque classique.

Il conviendrait encore qu'il mentionne que le patient développe à son arrivée un tableau digestif cohérent avec les propos qu'il peut tenir, qui ne permet aucunement de relier ces symptômes avec un méningocoque ou un choc septique.

En conséquence, le Centre Hospitalier de Hyères conteste formellement le pourcentage de 24% indiqué dans le rapport provisoire pour une situation équivalente, et s'inquiète bien sûr de ce chiffre qui peut naturellement suggérer que l'état du patient à son arrivée à l'hôpital lui laissait espérer de grande chance de survie, ce qui est contraire à la réalité scientifique de ce dossier.

Voici les observations préalables que le Centre Hospitalier de Hyères souhaitait faire avant de répondre paragraphe par paragraphe aux observations du rapport provisoire.

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE APPORTÉS PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE HYÈRES

Dans un objectif de clarté, les éléments de réponse apportés par le Centre Hospitalier de Hyères seront présentés en reprenant la chronologie du rapport provisoire, sur la base de la numérotation des paragraphes, qui sont indiqués dans la colonne gauche des tableaux.

Les passages commentés par le Centre Hospitalier sont recopiés, placés entre guillemets et écrits en ***gras italique***. Les observations sont notées en dessous.

Dans la colonne droite, sont inscrits les numéros des pièces produites par le CHH pour appuyer ses observations.

Observations concernant la synthèse

5	<p><i>« L'analyse de cette chronologie met en évidence des non-conformités à la réglementation et la comparaison de la prise en charge aux recommandations professionnelles et procédures de l'établissement appelle plusieurs remarques. »</i></p> <p>L'analyse ne fait pas état par la suite de réelles « <i>non-conformités réglementaires</i> » au sens de normes (lois, décrets, arrêtés) qui ne seraient pas respectés de façon manifeste et volontaire. Il est fait davantage état d'éléments relatifs à écarts éventuels et qui seront discutés. Ces éventuels écarts sont à relier à un contexte de gestion d'urgence et de saturation des capacités de prise en charge au CHH comme sur l'ensemble du territoire ainsi qu'à des contraintes architecturales connues et pour lesquels l'établissement a élaboré des projections, dans le cadre d'un schéma directeur immobilier, qu'il ne peut mettre en œuvre sans soutien majeur extérieur avec une durée d'opération longue.</p>	
7	<p><i>« Le premier examen médical se déroule dans le couloir, sans aucune intimité et sans confidentialité des échanges entre le médecin et le patient. »</i></p> <p>Si la problématique des locaux des urgences, exigus et contraints au regard de l'activité du SAU est identifiée par l'établissement et a fait l'objet d'une réponse à travers son Schéma Directeur Immobilier, l'affirmation « les droits du patient ne sont pas respectés » manque de nuance et de mesure. Le médecin qui a réalisé l'examen médical dans un couloir faute de box disponible au sein du SAU, s'étant adapté à ce contexte.</p> <p><i>« Les soins de réanimation sont pratiqués dans une salle dont les portes sont régulièrement restées ouvertes, alors qu'un patient est installé dans le couloir juste en face. »</i></p>	

	<p>La salle dans laquelle les soins de réanimation ont été pratiqués dispose bien d'une porte, en revanche les allées et venues des personnels nécessaires à la prise en charge du patient conduisaient à ouvrir et fermer régulièrement la porte.</p>	
7	<p>« Respect du secret médical : après le décès du patient, l'accès à son dossier médical n'est pas sécurisé : de nombreuses connexions, notamment de professionnels n'ayant pas participé à sa prise en charge, sont recensées. »</p> <p>Le dossier médical informatisé (DPI) au CHH est sécurisé par une gestion des habilitations conforme aux rôles et missions des professionnels, ainsi qu'une procédure d'authentification respectant les bonnes pratiques. Le DPI de chaque patient doit toutefois rester accessible aux professionnels de santé, y compris, en cas d'urgence, au-delà de l'équipe de soins directement impliquée, afin de permettre l'accès à toute donnée pouvant être utile aux soins.</p> <p>Les accès au DPI sont rigoureusement tracés et surveillés conformément aux recommandations de la CNIL. Chaque personne accédant aux dossiers est identifiée et doit justifier les conditions de son utilisation. Ce suivi strict des accès a permis d'identifier les connexions au dossier du patient, conduisant à une déclaration auprès de la CNIL par l'établissement, ainsi qu'à une enquête interne destinée à distinguer les accès légitimes des accès éventuellement injustifiés.</p> <p>De plus, un signalement en vertu de l'article 40 du Code de procédure pénale a été fait auprès du procureur concernant le transfert de données médicales à des tiers sans autorisation de l'établissement.</p> <p>« De plus, le dossier médical dans son intégralité est adressé de façon anonyme par voie postale à l'adresse du défunt. »</p> <p>L'établissement a pris connaissance de cet envoi par des déclarations reprises par la presse. L'origine et l'auteur de cette transmission n'ont pu être identifiés par le CHH. L'établissement a dès lors effectué un signalement au Procureur de la République au titre de l'article 40 du Code de Procédure Pénale.</p>	
8	<p>« Par ailleurs, le décès du patient n'a pas donné lieu à toutes les déclarations requises aux autorités. Le signalement au titre des maladies à déclaration obligatoire est correctement effectué mais le signalement d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) n'est pas réalisé, alors que les éléments de qualification sont réunis. »</p>	

Le décès du patient, dans le cadre d'une pathologie « *peu fréquente et grave* » comme relevé par la mission, a fortement ému les équipes médicales et paramédicales du service et fait l'objet à ce titre d'alertes du directeur délégué de site auprès du Service de Santé au Travail de l'établissement afin que celles-ci soient accompagnées.

Pour autant, il n'a pas été appréhendé comme un évènement indésirable grave associé aux soins à savoir un « *évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne* » dans la mesure où la pathologie concernée est de nature à entraîner des décès, y compris chez des patients jeunes, et que le décès n'était pas considéré comme consécutif aux soins mais intervenu malgré les soins comme indiqué par le directeur délégué dans son message au SST (cf. annexe 1).

D'ailleurs il n'y a pas eu de Déclaration d'Évènement indésirable faite à la suite de ce décès. Pour autant, la Délégation Départementale de l'ARS a été informée de ce décès et du contexte de difficultés du SAU, d'abord téléphoniquement par le chef d'établissement, puis à travers la note jointe en annexe 2.

Lors de la restitution orale du 12/06 par la mission, le chef d'établissement a précisé que le CHH en direction commune avec le CHITS disposait dans ses équipes de nombreux experts visiteurs intervenants sur l'ensemble du territoire national en visite d'expertise. Il apparaît que la notion de caractère inévitable est appréciée diversement par ces professionnels pourtant aguerris. L'opportunité d'une déclaration en tant qu'EIGS n'apparaît alors pas aussi péremptoire qu'indiqué et la définition des EIGS mériterait dès lors d'être précisée pour mieux guider les établissements dans leurs critères de décision à cet égard.

Le volet 1 de l'EIGS a été déclaré dès demande de l'ARS et la RMM a été réalisée selon les recommandations régissant cet exercice et avec l'appui de la Structure Régionale d'Appui à la Qualité qui a participé et validé la méthode comme les conclusions.

Il est important pour l'établissement de souligner qu'aucune stratégie de silence ou de sous-déclaration n'est à l'origine de la déclaration tardive de l'EIGS, qui a fait suite aux échanges avec l'ARS et aux discussions internes sur la définition d'un EIGS.

L'information a été partagée, ce qui exclut de notre part toute volonté de dissimuler l'évènement et ses conséquences.

Lors de la restitution orale, la mission d'inspection nous a indiqué avoir bien compris ces éléments qui seraient reportés dans le rapport. Nous

	regrettons de ne pas voir figurer cette notion majeure quant à la posture de l'établissement dans le rapport provisoire.	
9	<p>« L'acheminement du bilan sanguin vers le laboratoire du centre hospitalier de Toulon se fait avec près d'une heure de retard par rapport au planning prévu par l'établissement. »</p> <p>Des rappels ont été faits au prestataire sur ses obligations (pièce jointe n°1). Une rencontre avec le prestataire en présence de la gouvernance et du laboratoire a eu lieu le 24/04/2024.</p>	Pièce jointe n°1
10	<p>« La surveillance du patient s'écarte à plusieurs reprises des recommandations professionnelles. Les procédures du service ne définissent, ni les modalités d'attribution des patients, ni les modalités de surveillance à certaines étapes de la prise en charge. »</p> <p>Les fiches de poste médicales réalisées <i>a posteriori</i> définissent les patients que doivent prendre en charge chaque médecin dans la mesure du possible. Ces explications ont été fournies au moment de l'inspection mais n'ont pas été reportés dans le rapport provisoire.</p> <p>« Aucun professionnel de santé n'est identifié comme responsable de ce patient pendant la phase d'attente à l'intérieur du service et aucun infirmier pendant la phase post relève des équipes. »</p> <p>Les infirmières se répartissent les patients en début de vacation et au fur et à mesure de l'arrivée des patients.</p> <p>Ne pas être identifié comme responsable n'empêche pas les infirmières du service de surveiller les patients (la preuve, c'est un IDE qui n'était pas inscrit comme référent pour le malade qui le prend en charge au moment de son malaise vers 20h40). Ce n'est pas parce que personne n'est identifié que le patient n'a pas été pris en charge et surveillé.</p>	
11	<p>« Le protocole de service concernant la prise en charge de la douleur n'est pas appliqué. Au niveau du triage, le niveau de douleur mesuré doit conduire à l'appel d'un médecin et à l'administration de traitements antalgiques. »</p> <p>Ce sujet a été expliqué lors des entretiens avec la mission d'inspection. Le patient présentant des [REDACTED] il était impossible d'administrer des antalgiques PER OS. La relève IAO / IDE retrouve la notion de demande de perfusion par antalgique intraveineux.</p>	

12	<p>« Lors de la prise en charge, les signaux d'alerte ne déclenchent pas systématiquement d'action spécifique. »</p> <p>Le seul signal d'alerte est le [REDACTED] élevé. L'IAO a informé ses collègues à l'oral de la nécessité de perfusion. L'IAO prend en compte les éléments qu'elle constate « <i>de visu, à un instant T</i> », c'est son rôle. Dès lors l'établissement ne rejoint pas la mission dans la conclusion indiquant que les informations ne sont pas recueillies au triage.</p>	
13	<p>« La traçabilité des prescriptions et des actes n'est pas systématique. »</p> <p>Il est demandé que la traçabilité soit réalisée en temps réel, cependant dans un service d'urgence les soins sont prioritaires et la traçabilité intervient en décalé, cela est d'autant plus vrai sur des périodes de tension, ce qui était le cas le 30/09.</p> <p>« Un examen complémentaire a été réalisé et n'a pas été tracé dans le dossier médical. »</p> <p>Cette affirmation n'est pas fondée selon l'établissement. Il est ici fait référence à l'ECG, qui n'aura aucune incidence sur la suite.</p> <p>« A compter de l'aggravation de l'état clinique du patient, des prescriptions ont été réalisées à l'oral et leur régularisation absente ou portées a posteriori sur le dossier informatique, contrairement aux exigences réglementaires. »</p> <p>Il est autorisé de compléter le dossier a posteriori du fait de l'impossibilité de prendre en charge et d'écrire en même temps. Cela a été confirmé par les experts visiteurs de l'HAS au moment de la visite de certification qualité d'octobre 2023.</p>	

15	<p>« Compte tenu de ces constats, la mission met en évidence plusieurs dysfonctionnements structurels ayant engendré des retards et des difficultés de prise en charge, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la configuration et l'exiguïté des locaux ne permettant pas de garantir une surveillance adéquate ainsi que l'intimité, la dignité et la confidentialité dues aux patients. » <p>Si l'exiguïté des locaux n'est pas contestée par l'établissement, qui l'a identifiée et entend répondre à cette problématique à travers son Schéma Directeur Immobilier, transmis à la mission, il n'est pas exact d'affirmer que celle-ci n'a pas permis de garantir une surveillance adéquate du patient.</p> <p>Le patient a toujours été positionné pendant la durée de sa prise en charge au SAU dans un secteur où il était non seulement visible mais aussi au contact des professionnels qui se déplaçaient. (Couloir juste à côté de la salle de soins puis en face du bureau médical).</p> <p>Les extraits de vidéosurveillance adressés à la mission et joints à la présente réponse démontrent une surveillance fréquente, rapprochée et marquée par de nombreuses interactions avec le patient (pièce jointe n°2)</p> <p>« L'échelle de tri utilisée par l'établissement ne permettant pas d'affiner l'évaluation du niveau de sévérité. »</p> <p>L'échelle de tri utilisée est celle qui est validée et utilisée par la région PACA. De plus, la mise en place de la FRENCH n'a pas d'obligation. Elle a été créée postérieurement à l'instauration du logiciel métier Terminal Urgences (TU). L'éditeur, le GIP GRADES Iess PACA, n'a pas encore mis la FRENCH en place sur le Terminal Urgences.</p> <p>Pour modifier la grille d'accueil en lien avec le logiciel, il ne s'agit pas d'une action locale entre le CH et le GRADES mais d'une action sur l'ensemble du logiciel TU pour tous les établissements l'utilisant.</p> <p>Il est bien noté la recommandation numéro 15 de portée nationale proposée par la mission en la matière.</p> <p>« Absence d'objectifs pour la qualité de service, notamment sur les délais d'acheminement des échantillons, les délais d'analyses et les délais de restitution des résultats du laboratoire, dans la convention signée entre les hôpitaux de Toulon et de Hyères. »</p> <p>L'établissement souhaite que soit précisé qu'il y a une réunion tous les ans avec le laboratoire.</p>	Pièce jointe n°2
----	---	------------------

16	<p>« La cause du décès, un choc septique lié à un méningocoque a été rendue publique par la famille du patient. Les infections invasives à méningocoques constituent une pathologie peu fréquente et grave, avec un taux de mortalité de 24 % pour le sérotype concerné et pour la classe d'âge du patient. »</p> <p>Cette affirmation doit être modulée en fonction de la présentation clinique, de la durée des symptômes, etc.</p>	
17	<p>« L'analyse par les spécialistes, à distance et hors contexte (...) les conduit à envisager une surveillance rapprochée des constantes vitales dès l'admission et une évocation du diagnostic principal au moment de la survenue de l'aggravation clinique »</p> <p>Rejoint le point 69. La mission précise par ailleurs que l'avis des spécialistes est requis hors contexte. Le contexte présenté en pages 2 et 22-23-24-25 du rapport est pourtant factuel.</p> <p>L'intérêt de l'avis sapiteur de spécialistes désignés par les sociétés savantes concernées est largement réduit par les conditions dans lesquelles celui-ci a été rendu, « à distance et hors contexte », dans la mesure où ces conditions diffèrent fortement de celles de la prise en charge du patient au sein du SAU, et où l'on sait que les conditions externes influent très largement sur les fonctions exécutives et le processus de sélection d'informations ; l'analyse d'un cas clinique sur papier s'écarte de ce fait largement des conditions réelles de prise en charge du patient.</p>	

1. Observations apportées par le CHH concernant « les principaux éléments de présentation du service des urgences du centre hospitalier de Hyères en lien avec la mission » (§42 à 69)

1.1. Le centre hospitalier de Hyères est en direction commune avec celui de Toulon et est en grande difficulté financière (§43 à 48)

43	<p>« La stratégie, élaborée à l'échelle des deux établissements depuis 2017, consiste à développer l'activité ambulatoire à Hyères et à transférer les prises en charge les plus lourdes à Toulon. »</p> <p>La ligne de partage des activités médicales entre le CHITS et le CHH n'est pas fondée sur le seul critère de l'ambulatoire et de la lourdeur des prises en charge, comme en témoigne la création en cours d'une unité d'ortho gériatrie au CHH. Il s'agit plutôt de déployer des activités sur chaque site en complémentarité, et si le plateau technique du CHITS est plus complet, celui du CHH comporte notamment un bloc opératoire et une Unité de Surveillance Continue.</p>
----	---

44	<p>« L'équipe de direction commune étant physiquement localisée à Toulon. »</p> <p>Chaque membre de l'équipe de direction commune partage son temps entre les 2 établissements, conformément aux conventions de mise à disposition établies entre eux dans ce cadre.</p>
45	<p>Le nombre de pôles activité clinique mentionné doit être corrigé. Le CHH est organisé en 10 pôles d'activités cliniques, dont 6 inter-établissements (Anesthésie, chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Médico-technique-diagnostic (laboratoire, imagerie), soins ambulatoires (consultations externes, hôpital de jour), Pharmacie, et 4 internes au CHH (médecine et gastro-entérologie, Pédiatrie, Gériatrie, Urgences (SAU et USIP).</p> <p>Le nombre de lits de médecine mentionné doit être corrigé. Le capacitaire du CHH est de 64 lits depuis le 01/01/2024 (62 lits au 30 septembre 2023), 170 lits et places dans le domaine médico-social en lien avec le point 87.</p>
48	<p>Le taux de 97.92 % d'atteinte des objectifs du référentiel mériterait d'être mentionné (le patient 99%, les équipe de soins 99%, établissement 96%). Lors de la réunion plénière de restitution, les experts visiteurs avaient souligné la dynamique de 2 services en particulier, la pharmacie et les urgences, tout en précisant que les locaux étaient l'une des problématiques prioritaires.</p>

1.2. Le service des urgences du centre hospitalier de Hyères s'inscrit dans un contexte territorial fragile et voit son activité baisser (§49 à 62)

51	<p>« Le centre hospitalier d'Hyères dispose d'une autorisation de médecine d'urgence qui couvre l'activité « service des urgences » et l'activité « SMUR » qui arrive à échéance le 1^{er} mars 2025. Le service des urgences du CHH est inclus dans un Pôle « Urgences - unité d'hospitalisation d'urgence (UHU)10 - médecine séjours courts (MSC) - unité de soins continus (USC) ». »</p> <p>La rédaction pourrait laisser penser qu'il existe un questionnement sur l'autorisation Urgences-SMUR dont dispose le CHH. Toutes les autorisations d'activité délivrées par l'Agence Régionale de Santé le sont pour une période définie (correspondant à une durée de 7 ans), à l'issue de laquelle un dossier de renouvellement doit être déposé par le titulaire d'autorisation. Il s'agit d'une procédure administrative, essentiellement formelle dès lors que l'implantation de l'activité concernée est prévue dans le Schéma régional de Santé, ce qui est le cas du SAU du CHH.</p> <p>La mention de la date de fin de l'autorisation en cours du SAU du CHH n'apporte pas d'élément permettant d'éclairer le travail de la mission et peut instiller un doute</p>
----	--

	<p>pour le lecteur qui ne connaît pas cette procédure administrative sur le devenir du service ou son maintien après le 1^{er} mars 2025.</p> <p>Le pôle urgence du CHH comprend le SAU, l'UHU et l'unité de soins continus. Le service de médecine séjour court n'existe plus depuis 2023.</p>
52	<p>« Le service des urgences du CHH a pris en charge 35000 patients en 2023. Ce niveau d'activité est le plus faible depuis 2016, à l'exception de l'année 2020 marquée par la pandémie liée au COVID 19. L'activité est notamment en baisse de plus de 5 % par rapport à l'année 2022. »</p> <p>La rédaction pourrait laisser penser que le service des urgences est moins attractif pour la population. Or, la baisse du nombre de passages est le résultat d'un travail de collaboration avec la médecine de ville (Convention avec les CPTS, centre de soins non programmé, procédure de réorientation des patients, création du Service d'Accès aux Soins – SAS 83 depuis février 2023).</p>
54	<p>La COJUP est ouverte 7 jours sur 7. Une IDE / Puéricultrice est présente 7 j/ 7 de 8 heures à 20 heures.</p> <p>En semaine la prise en charge médicale est assurée par un pédiatre, le week-end par les médecins urgentistes, un pédiatre d'astreinte peut être appelé à tout moment.</p>
57	<p>Il est pris acte que les effectifs IDE apparaissent comme cohérents par la mission pour une activité à 35 025 passages/an en 2023. Il est à noter que les effectifs ont été augmentés : 1 ligne IDE la nuit rajoutée depuis septembre 2019 et une ligne IGU depuis janvier 2021.</p> <p>En 2019 l'activité était de 39.105 passages/an. De plus, une ligne IDE de jour est positionnée en renfort sur la période estivale.</p> <p>Ces éléments de renforts des équipes ont été portés à connaissance de la mission durant l'inspection, il semble utile de faire apparaître cette évolution dans le rapport.</p>
58	<p>« En revanche, un déficit en aide-soignant (AS) était à souligner. Une seule ligne d'aide-soignante était en place en 2023 et une seconde ligne a été développée en 2024. »</p> <p>Les effectifs médicaux et paramédicaux des SAU n'étant pas « normés », <u>il ne peut pas être affirmé</u> que l'effectif comportait un déficit en aide-soignant, en l'absence de cibles d'effectif opposables et incontestables.</p>

	<p>L'adaptation des ressources humaines à l'activité du service repose notamment sur l'analyse de la charge en soins que peuvent produire l'encadrement et la direction des soins, et s'agissant des effectifs aides-soignants du SAU du CHH.</p> <p>Le plan d'actions du CHH travaillé en partenariat avec le personnel, les médecins et l'encadrement a fait ressurgir le besoin d'une ligne AS supplémentaire. La mise en œuvre a débuté en avril 2024, au mois d'août 2024 la ligne AS supplémentaire sera effective.</p>
60	<p>« Le schéma directeur immobilier, établi en juin 2023, envisage une extension des locaux des urgences pour les porter à 1200 m² sous réserve de la faisabilité technique et financière. »</p> <p>Le Schéma Directeur Immobilier CHITS CHH, validé en Directoire commun, prévoit l'extension et la restructuration des locaux des urgences. Le terme « envisage » affaiblit ce projet qui, s'il reste à financer, est clairement inscrit et formalisé dans la stratégie de l'établissement.</p>

2. Observations apportées par le CHH concernant « la chronologie et l'analyse de la prise en charge du patient » (§63 à 242)

63	<p>La médiatisation du décès du patient a eu des répercussions importantes sur les personnels et sur les médecins du SAU. Au-delà de l'augmentation de l'agressivité des patients et des familles faisant référence aux réseaux sociaux, cet impact s'est propagé jusque dans leur vie personnelle (agressivité de leur entourage, auprès de leurs enfants scolarisés), ce qui a été très mal vécu par les professionnels et a largement fragilisé le service. Les médecins et agents nous ont indiqué en avoir fait état aux inspecteurs, mais cet aspect n'est pas retranscrit.</p>
67	<p>« Les récits de l'évènement étaient parfois non concordants. La mission a croisé les informations recueillies auprès des soignants avec les données du dossier informatisé du patient accessible sur le Terminal Urgences, notamment celles du fichier des histologs, permettant de retracer le déroulé des saisies informatiques. La mission a pu constater qu'une session ouverte par un utilisateur peut être utilisée par un autre, sans que l'identifiant de connexion soit modifié rendant la traçabilité des intervenants difficile. Des inscriptions et des modifications a posteriori ont été réalisées sur ce dossier informatique, une enquête interne est toujours en cours pour en retracer l'origine. De fait, il a parfois été difficile à la mission de dater et objectiver certaines étapes de la prise en charge avec certitude. »</p> <p>Ces observations de la mission laissent à penser que les acteurs de l'établissement ont modifié des informations à posteriori alors qu'il s'agit simplement d'un effort de juste complétude du dossier dans la fin de la prise en charge.</p>

	Les entretiens avec les professionnels ont eu lieu 7 à 8 mois après l'évènement, il est normal qu'ils aient du mal à se souvenir exactement des faits.
69	Rejoint le point 17. La mission précise par ailleurs que l'avis des spécialistes est requis hors contexte. Le contexte présenté en pages 2 et 22-23-24-25 du rapport est pourtant factuel.

2.1. Le patient contacte les services de secours, plusieurs heures après le début des premiers symptômes (§71 à 79)

71	<p>« A 14h23, le patient appelle lui-même SOS médecins. L'appel est réceptionné par un assistant de régulation qui, en fonction des symptômes exprimés par le patient, renseigne un logiciel générant des questions, selon un arbre décisionnel établi par des médecins et propose une classification. Cet appel a été classé niveau zéro, non urgent. »</p> <p>Le degré de gravité niveau 0 signifie non-urgent. Il doit être souligné que le logiciel de SOS médecins est différent de celui du SAU mais tout comme les urgences ne relève pas de critère de gravité dans l'évaluation du patient.</p>
----	---

2.2. L'activité aux urgences était particulièrement élevée le 30 septembre 2023 (§80 à 99)

87	Tableau 4, 47 lits de médecine ouverts + 15 de gastro soit 62 lits (la mission note 53 lits au paragraphe 45), pour le CSG 45 lits ouverts.
99	<p>« Cette organisation en 24h continues permet de centrer la contrainte des jours de week-end sur trois médecins uniquement mais pose la question de leur vigilance tout au long de leur garde, qui fait l'objet actuellement de travaux de recherche scientifique. L'établissement a indiqué à la mission avoir mis fin aux périodes de travail posté de 24 heures début 2024 et avoir trouvé une organisation en douze heures, y compris les week-ends, qui permet de partager la contrainte et de satisfaire chacun. »</p> <p>Cette observation introduit un biais négatif alors même que le patient a été pris en charge à 20h00.</p> <p>Le point 96 de la mission relève que les plannings médicaux respectent la réglementation. En quoi est-il utile d'évoquer un doute sur la vigilance des médecins présents ce jour-là puisque les repos de sécurité sont respectés ? D'autant que la prise en charge débute en milieu d'après-midi, pas en fin de vacation. Il peut y avoir un débat national sur le sujet puisque les SAU au national voient leurs</p>

	<p>praticiens travailler indifféremment en 12 ou en 24h, le jour dit, au CHH les plannings médicaux sont en règle.</p> <p>Cette observation n'a donc pas d'objet dans le contexte.</p>
--	--

2.3. La prise en charge hospitalière au service des urgences s'écarte à plusieurs reprises des normes et pratiques professionnelles (§100 à 197)

Remarque liminaire : avant de présenter paragraphe par paragraphe les remarques du Centre Hospitalier concernant la prise en charge du patient, il est nécessaire d'insister sur l'attention qui a été portée à ce dernier par l'ensemble du personnel soignant.

En effet, l'ensemble des observations faites par les enquêteurs sur ce point-là semblent suggérer que le patient se soit retrouvé, à plusieurs reprises, délaissé de toute assistance alors qu'il était en souffrance.

Cette présentation ne reflète pas la réalité des soins qui lui ont été apportés. Pour le constater, un visionnage des vidéosurveillances permet de démontrer le contraire : le patient était certes dans le couloir, faute de place, mais en conséquence, était en contact de façon très régulière avec les soignants qui s'intéressaient à son état.

Ainsi, entre 19h30 et 21h24, le patient ne sollicite qu'à une reprise le personnel soignant, sollicitation à laquelle il est répondu par la positive avec un échange verbal. En outre, les soignants établissent régulièrement un contact visuel avec lui, outre les examens qui sont réalisés et décrits dans la RMM.

Ces éléments, objectivés par les vidéosurveillances, méritent d'être notés.

Pièce jointe n°2 : Captures d'écran des vidéosurveillances – 29 septembre 2023

2.3.1 .1.	<p>« A 17h22, soit 90 mn après l'admission, un second infirmier (IDE2), en charge des box, n'occupant normalement pas la fonction d'IOA, saisit à l'aide de l'échelle de tri disponible dans le TU, la catégorie et le motif de recours, éléments qui déterminent automatiquement un code de gravité qui pour ce patient était de 4, correspondant à la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 120 minutes. »</p> <p>Il apparaît indispensable ici de préciser que sur l'échelle de gravité, 4 signifie que la situation n'est pas grave.</p>
100	<p>« Un focus spécifique a été fait sur les analyses biologiques. Pour chacune de ces étapes, après un rappel chronologique, la mission a analysé les éléments relevant de la prise en charge du patient par les professionnels ce jour-là puis, ceux relevant de l'organisation du service. Elle les a comparés aux normes et</p>

	<p>recommandations en vigueur et à l'analyse des spécialistes consultés qui ont considéré, a posteriori et hors contexte, les éléments médicaux transmis par la mission sous forme d'un chronogramme détaillé regroupant les informations disponibles lors de la prise en charge au service des urgences et certains éléments du dossier médical. »</p> <p>Il est ici précisé que les spécialistes consultés dans le cadre de l'enquête IGAS l'ont été « hors contexte », alors même que par définition, le contexte du déroulé des faits partie intégrante des éléments factuels qui doivent être pris en compte pour une bonne compréhension des faits.</p> <p>En outre, la médiatisation et la saturation des réseaux sociaux au cours des mois de décembre et janvier laissent peu de doutes quant au fait que des professionnels de santé aient pu avoir connaissance d'éléments présentés dans leur version médiatique, auxquels l'établissement n'a pu répondre du fait du respect du secret médical.</p>
--	---

2.3.1. *Un triage qui ne s'effectue pas selon les recommandations de la société savante de la discipline, sous-estime la gravité et conduit à une orientation non adaptée (§101 à 114)*

103	<p>« Le tri est réalisé par un infirmier dédié, affecté pour les 24 H à cette mission doté d'une longue expérience d'exercice aux urgences. »</p> <p>Cette affirmation est une erreur des enquêteurs : l'IDE est affectée pour 12 heures et non 24 heures.</p>
106	<p>« Le protocole autorise une administration de médicaments à visée antalgique pour les niveaux de douleur moins élevés. Une armoire à pharmacie est disponible à cet effet dans le local IAO. Aucun médicament n'est administré à ce stade. »</p> <p>Le patient présentant des [REDACTED] <u>il était impossible de donner des médicaments par voie orale.</u> Il fallait donc le perfuser, ce qui ne se fait pas à l'accueil mais la relève a été faite aux IDE pour le faire aussi vite que possible.</p>
107	<ul style="list-style-type: none"> • « Des informations sont à disposition lors de l'admission sur deux supports : <ul style="list-style-type: none"> ○ la fiche de régulation du SAMU est accessible à la consultation sur le TU dès que le patient est annoncé, avant même son admission. Elle contient les éléments recueillis au téléphone par le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) et le médecin régulateur. Elle reste consultable durant 3 heures puis de façon définitive dès qu'elle est reliée au patient, ce que réalise

	<p><i>l'agent administratif à 16h32. Pour ce patient, la présence de 5 symptômes et la notion d'une prise médicamenteuse au domicile étaient retracées sur la fiche SAMU et consultables tout au long de sa prise en charge.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>la fiche de transmission du VSAV remise à l'admission au CHH mentionnait quant à elle 4 symptômes dont 2 symptômes supplémentaires. »</i> <p>Cette indication, notée par les enquêteurs, devrait leur permettre de conclure que les signes présentés par le patient sont par définition fluctuants, et que chaque acteur de la prise en charge constate des signes différents, éléments de détail qui doit être nécessairement pris en compte dans l'analyse de la prise en charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>« Dans l'observation de l'IOA, seuls deux symptômes sur les sept évoqués en préhospitalier sont notés et la régression d'un 3^{ème} symptôme après une prise médicamenteuse n'est pas retracée. »</i> <p>A nouveau, cette remarque permet de constater la fluctuation des constatations réalisées par les soignants tout au long de la prise en charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>« L'IDE qui intervient secondairement pour coter la gravité, saisit un motif de recours dans l'échelle de tri qui n'est pas le symptôme principal, ce qui conduit à un classement en « tri 4 », indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 120 mn.</i> • <i>La prise en compte du symptôme principal classe la gravité en « tri 3 » indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 60 mn (la mission a réalisé la cotation en utilisant la grille de tri du TU). »</i> <p>A supposer que ce soit une autre IDE que l'IAO qui rentre le motif d'entrée, il est en concordance avec celui de l'accueil qui est : [REDACTED] et pas douleur thoracique, qui n'a jamais été une problématique signifiée par le patient ou les pompiers qui évoquent simplement une douleur costale, pouvant être tout à fait explicable par les [REDACTED] multiples.</p>
108	<p><i>« L'utilisation d'un symptôme différent du symptôme principal conduit à sous coter la gravité. »</i></p> <p>Cette affirmation vient directement remettre en cause le travail et les compétences de l'IAO qui a toute latitude pour définir le motif de recours. A supposer que ce soit une autre IDE qui a rentré le motif de recours, il est le même que celui de l'accueil.</p>
109	<p><i>« Les valeurs anormales de deux constantes n'entraînent pas d'action spécifique. Parmi les constantes relevées dès l'admission, l'une d'entre elles est légèrement au-delà de l'intervalle de normalité chez l'adulte et apparaît automatiquement en rouge dans le dossier informatisé du patient. »</i></p>

	<p>Sur le dossier IAO, une seule mesure est supérieure à la normale. Il s'agit du [REDACTED] [REDACTED] élevé qui peut s'expliquer dans un contexte de déshydratation due au tableau digestif. La deuxième mesure est la [REDACTED] prise par les pompiers au moment de la prise en charge et qui n'est pas reprise au moment de son arrivée aux urgences. On ne sait donc pas si elle est toujours anormale. Il s'agit d'une pure supposition.</p>
110	<p>« A ce stade précoce de la prise en charge hospitalière selon l'avis des spécialistes consultés, ces deux paramètres de surveillance anormaux associés à une troisième constante à la limite de la normalité (...) »</p> <p>Il s'agit d'une opinion <i>a posteriori</i> et avec une constante datant de la prise en charge à domicile. L'établissement considère qu'il s'agit d'une <u>extrapolation qui n'a pas lieu d'être</u>.</p> <p>« (...) constituent un point de vigilance et justifient une surveillance régulière et fréquente des constantes ou un monitoring continu par surveillance scopée. Selon eux, l'installation du patient dans un couloir sans possibilité de surveillance rapprochée n'est pas adaptée à son état clinique. »</p> <p>Le patient est, du fait de sa localisation devant le bureau IDE puis médical, vu en permanence par les professionnels. L'installation du patient dans un couloir n'a pas entravé la surveillance rapprochée des équipes médicales et soignantes. De plus, il est possible de prendre les constantes dans les couloirs avec des moniteurs de signes vitaux type <i>Dynamap</i>. Cela sera par ailleurs fait à plusieurs reprises jusqu'à sa mise en place en SAUV.</p>

2.3.2. Une phase d'attente au sein du service, sans surveillance des paramètres vitaux, conduisant au dépassement du délai maximal de prise en charge médicale défini par l'échelle de tri (§115 à 127)

2.3.2 .1	<p>« A 17h25, un examen complémentaire (ECG) est réalisé, automatiquement horodaté, sans qu'aucune trace de sa réalisation ne soit retrouvée dans le TU. »</p> <p>Cette affirmation est erronée, il sera validé a posteriori à 20h16.</p>	<p>Pièce jointe n°3 (sous pli confidentiel secret médical)</p>
115	<p>« Le protocole de prise en charge de la douleur n'est pas appliqué. Un premier antalgique est administré de façon ponctuelle sans qu'un soignant ne se désigne comme responsable du patient, 90 mn après l'admission. En effet, au travers des entretiens avec les professionnels, la mission a pu identifier que c'est un ambulancier,</p>	

	<p><i>qui a signalé ce patient douloureux à un infirmier. Cet infirmier a consulté le dossier et pris la décision de faire administrer par l'ambulancier un traitement antalgique par voie orale. »</i></p> <p>Cette constatation permet de conclure qu'une surveillance est bien possible dans les couloirs. Précision : l'IDE a préparé l'antalgique per os et l'a donné en main propre à l'ambulancier afin qu'il le donne au patient.</p>	
116	<p><i>« En croisant les différents éléments des entretiens, les SMS échangés par le patient avec sa famille, les traces de connexion au dossier informatique, la mission n'a pu dégager d'élément de compréhension de la régression du niveau de douleur entre l'admission et l'évaluation apparaissant sur le dossier à 16h15 alors qu'aucun traitement antalgique n'a été administré dans cet intervalle. Cela s'appelle l'évolution des signes. »</i></p> <p>Il est donc fallacieux de retenir les constantes pompiers comme des constantes qu'il faut appliquer tout au long de la prise en charge.</p>	
117 et 118	<p><i>« Un électro cardiogramme (ECG) est réalisé sans être tracé dans le dossier du patient. Il n'y a pas d'élément permettant d'affirmer que cet examen a été interprété par un médecin : L'ECG est réalisé par l'ambulancier du SMUR à la demande de l'infirmier, action qui figure dans sa fiche de poste. L'ambulancier a réalisé cet examen complémentaire à l'emplacement 3 du couloir et dit l'avoir montré au médecin référent qui affirme ne pas en avoir souvenir. La réalisation de cet ECG n'est pas tracée dans le dossier. <u>L'ambulancier n'a pas de code de connexion l'autorisant à noter la réalisation de cet examen sur le TU.</u></i></p> <p><i>[118] La mission a pu consulter cet ECG, qui est accessible dans le dossier informatique et horodaté. Il a été réalisé à 17h25 et ne comporte aucune mention manuscrite, ni signature. »</i></p> <p>Cette affirmation est erronée : la RMM retrouve une notion de validation médicale et il a été prescrit à 20h04 par le médecin. Si le médecin prescrit un ECG, c'est pour le regarder. Cette supputation défavorable et incorrecte contribue à la tonalité négative du rapport.</p> <p><i>« Ceci ne correspond pas aux habitudes du service telles qu'elles nous sont relatées par les soignants. »</i></p> <p>Après enquête interne, seulement la moitié des médecins signent les ECG.</p>	

119	<p>« L'interprétation de l'ECG de 17h25, automatiquement réalisée par l'appareil, relève une anomalie. »</p> <p>La réalisation d'un ECG fait partie intégrante des constantes, dont l'une d'entre elle a donc été prise à 17h25, contrairement à ce qu'affirment les enquêteurs.</p>	
121	<p>« Il n'y a eu aucun contrôle des paramètres vitaux initialement relevés. »</p> <p>Ce n'est pas la réalité, il y a eu un ECG à 17h25.</p>	
125	<p>« La réalisation de cet ECG par l'ambulancier du SMUR sans protocole de délégation, ni prescription médicale constitue une non-conformité réglementaire. »</p> <p>Le décret numéro 2022.629 du 22 avril 2022 « Les actes pouvant être accomplis par les ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente » précise :</p> <p>« III.-Les actes suivants sont accomplis sur prescription du médecin mentionné au I, lorsqu'il estime que l'urgence de la situation le requiert :</p> <p>4° Enregistrement et transmission d'électrocardiogramme à visée diagnostique à l'aide d'un outil automatisé ;</p> <p>IV.-Sont seules habilités à accomplir les actes mentionnés au II et au III les ambulanciers ayant suivi une formation délivrée dans les conditions définies par un arrêté du ministre chargé de la santé. »</p> <p>Ainsi, la réalisation d'un ECG fait bien partie des actes pouvant être pratiqués par les conducteurs ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente. Pendant leur formation les ambulanciers sont formés à la réalisation des ECG dans le cadre du Bloc 2, Module 4 et 5.</p> <p>« La prescription médicale est certes attendue pour régulariser sa réalisation, mais la non-conformité ne peut être qualifiée de réglementaire s'agissant du délai de régularisation dans le cadre de la prescription. »</p> <p>L'ECG a été prescrit par un médecin <i>a posteriori</i>.</p>	Pièces jointes n°4, n°5 et n°6

2.3.3. Une prise en charge paramédicale réalisée plus de deux heures après l'admission avec un premier contrôle des paramètres vitaux dont l'anormalité n'entraîne pas d'actions spécifiques (§128 à 136)

2.3.3 .1 Page 33	<p>« A 18h09, un quatrième infirmier (IDE4), se connecte sur le dossier du patient en tant que responsable, et réalise les premiers soins et gestes techniques (accès veineux avec bouchon et réalisation d'un bilan biologique). Un second traitement à visée antalgique par voie intraveineuse est administré. »</p> <p>Le patient a reçu 2 antalgiques entre 15h50 et 18h00.</p>
2.3.3 .1 Page 33	<p>« A 19h35, l'infirmier (IDE 4) trace le relevé des constantes et réévalue la douleur. »</p> <p>L'IDE qui a pris en charge le patient était l'IDE renfort du pool, en horaire d'après-midi. A la prise de poste des IDE de nuit, juste après 19 heures, elle a fait le tour de constantes des patients dont elle avait la responsabilité. Elle a tracé <i>a posteriori</i>.</p>
130	<p>« L'infirmier administre un second traitement antalgique sans que la réévaluation préalable de la douleur ne soit tracée dans le dossier. L'efficacité de ce traitement sur la douleur est réévaluée au bout de 75 mn alors que le protocole mentionne la réévaluation post traitement dans un délai de 30 à 60 mn. »</p> <p>Il y a un écart de 15 minutes à corréliser avec l'affluence des patients dans les urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 heures : 35 patients, - 17 heures : 45 patients présents dans les urgences.
131	<p>« La première réévaluation des constantes est réalisée à 19h35, plus de 3 heures après leur relevé initial par l'IOA à 16h09 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la première constante anormale s'est aggravée de façon importante (majoration de plus de 20 % par rapport à l'admission), elle reste signalée en rouge lorsqu'elle est saisie sur le TU. » <p>Il faut tenir compte du contexte d'affluence (de 17h à 19h il y avait 45 patients présents dans les urgences). L'ECG a été fait à 17h25 donc le pouls a été pris à ce moment-là.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « la seconde constante anormale présente sur la fiche des pompiers n'est pas contrôlée. Il s'agit d'une mesure manuelle qui, d'après la littérature, est effectuée irrégulièrement dans les SU car non automatisée et chronophage mais qui peut être un indicateur précoce de la détérioration de l'état clinique du patient. » <p>La fréquence respiratoire n'est quasiment jamais faite en pratique dans les SAU pour les tableaux cliniques peu inquiétants.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • « La troisième constante est toujours à la limite de la normale et apparaît en vert. » <p>L'établissement conteste l'indication « à la limite ». La constante est <u>strictement normale</u>. Cette observation participe une fois de plus à la tonalité négative du rapport provisoire, concernant des éléments qui n'en sont pas.</p>
132	<p>« L'aggravation de la première constante n'entraîne pas d'action particulière de la part de l'infirmier, notamment pas d'alerte au médecin référent. »</p> <p>Les prises de constantes sont retranscrites à 19h35 et un médecin voit le patient à 19h55. En outre, l'IDE n'a pas les compétences pour mettre en place un traitement. Prévenir le médecin, ce qu'il fait, est donc la seule chose qu'il peut faire. Entre le temps de la retranscription informatique par l'IDE et le contact médical, il s'est passé <u>moins de 20 minutes</u>.</p>
136	<p>« Comme vu dans le chapitre précédent, il n'y a aucune règle et aucun protocole formalisé définissant la surveillance des constantes durant la phase d'attente. Les premiers paramètres vitaux initialement relevés à 16h09, sont contrôlés à 19h35 soit plus de 3 heures après, alors qu'une réévaluation est recommandée dès que le délai de triage est dépassé. »</p> <p>Cette affirmation ne prend pas en compte l'ECG réalisé à 17h25 qui permet de connaître à cette heure-là le pouls du patient.</p>

2.3.5. Une aggravation brutale de l'état clinique du patient et des éléments biologiques anormaux qui ne conduisent pas à envisager dans un premier temps un transfert vers une réanimation (§150 à 170)

2.3.5	<p>« Une aggravation brutale de l'état clinique du patient et des éléments biologiques anormaux qui ne conduisent pas à envisager dans un premier temps un transfert vers une réanimation. »</p> <p>Le transfert d'un patient <u>n'est jamais décidé à la suite d'un malaise</u>. Il est mis en place en priorité des mesures thérapeutiques et en fonction de leur efficacité, l'opportunité d'un transfert est évaluée.</p>	
150	<p>« Des informations sont tracées sur le dossier en utilisant l'identifiant d'un autre professionnel, une série de modifications, suppressions et inscriptions sont réalisées le 1er octobre après le décès du patient. »</p>	

	Il est impossible d'écrire au fil de l'eau quand on prend en charge un patient grave.	
2.3.5 .1	<p>« 21h22, MED2 inscrit sur le dossier son observation clinique et un diagnostic qualifiant l'aggravation de l'état de santé du patient. »</p> <p>L'évocation d'un malaise vagal ne veut pas dire que le médecin le retient comme diagnostic principal.</p>	
153	<p>« Un infirmier se rend à son chevet et relève les constantes de surveillance. »</p> <p>Il devrait être rajouté « sans délai » : « <i>Un infirmier se rend sans délai à son chevet et relève les constantes de surveillance.</i> »</p> <p>« Seuls deux paramètres sont notés dans le dossier. La constante anormale depuis l'admission n'est pas mentionnée. Elle n'apparaît que sur le relevé suivant à 21h44 encore majorée (majoration de plus de 42 % par rapport à l'admission). »</p> <p>Le fait que le pouls ne soit pas repris à ce moment-là n'a <u>pas d'incidence</u> sur la prise en charge.</p>	
154	<p>« Un diagnostic est inscrit sur le dossier pour qualifier cet épisode d'aggravation. Il reste en lien avec la première hypothèse diagnostique évoquée et transmise par le premier médecin. Selon les spécialistes consultés, les éléments cliniques notés dans l'observation médicale sont de nature même à infirmer le diagnostic posé sur cet épisode d'aggravation ainsi que l'orientation diagnostique initiale. »</p> <p>L'évocation d'un malaise vagal ne veut pas dire que le médecin le retient comme diagnostic principal. Il a fait un malaise vagal à ce moment-là et la médecin prescrit des traitements (par remplissage vasculaire) qui sont recommandés quelle que soit la cause du choc. De plus, la médecin prescrit un scanner pour chercher l'étiologie du malaise.</p>	
155	<p>« Les constantes relevées au moment de l'aggravation du patient signent l'état clinique et les éléments biologiques disponibles de façon concomitante à l'aggravation clinique viennent confirmer la gravité de la pathologie et de sa diffusion à plusieurs organes. »</p> <p>Les antibiotiques sont néanmoins prescrits dès qu'on a l'information de l'infection, ce qui démontre que la situation est prise au sérieux.</p>	
156	« Un transfert en réanimation sans délai devait être envisagé selon eux. »	

	L'urgence était centrée sur le traitement du patient plutôt que de chercher un transfert en réanimation.	
157	<p>« Ils estiment que trois catégories de traitements doivent alors être administrées immédiatement. »</p> <p>Le patient reçoit un [REDACTÉ] et les antibiotiques sont prescrits oralement (cf. RMM) moins de 30 minutes après le [REDACTÉ] et l'apparition de l'[REDACTÉ]. La [REDACTÉ] n'est pas débutée car il répond initialement au [REDACTÉ] (cf. dossier médical à 23h14 minutes et 54 sec.).</p>	Pièce jointe n°7 (sous pli confidentiel secret médical)
159	<p>« Les deux autres catégories de traitements sont prescrites mais leur traçabilité et leur horaire d'administration dans le dossier ne correspondent pas aux souvenirs des professionnels lors des échanges avec la mission ou à ce qui est noté dans la RMM. »</p> <p>Incorrect : le médecin et l'IDE affirment avoir débuté les antibiotiques au moment de la prescription du scanner. Ces éléments ont été portés à la connaissance de la mission par les intéressés lors des entretiens.</p>	
164	<p>« Les spécialistes considèrent que ce traitement est potentiellement efficace sur l'agent pathogène qui sera identifiée ultérieurement. »</p> <p>Le terme « <i>potentiellement</i> » n'est pas partagé par le CHH. Ce traitement est reconnu comme efficace. Ce terme participe à la tonalité négative du rapport.</p>	
169	<p>« A partir de l'évaluation de 19H35, plus aucun niveau de douleur n'est renseigné alors même que le patient se plaint par SMS adressés à sa famille d'être toujours douloureux. »</p> <p>L'équipe de soins se focalise légitimement sur la prise en charge de l'urgence avant la douleur.</p>	
170	<p>« Le diagnostic de « choc septique » est inscrit sur le dossier à 23h10. »</p> <p>Il doit être mentionné que le traitement est <u>débuté bien avant</u>, soit à 21h35.</p>	

2.3.6. Une phase de réanimation intense, au pronostic incertain du fait de son démarrage tardif, d'après les spécialistes consultés (§171 à 181)

172	<p>« Lors de cet échange, à 23h28, le médecin des urgences informe le médecin régulateur qu'un traitement prescrit à 22h59 n'a pas été début. »</p> <p>Car elle note que le [REDACTED] est efficace et demande avis auprès de son collègue.</p>
176	<p>« Les spécialistes consultés estiment qu'un traitement spécifique prescrit à 01h06 pouvait être administré plus précocement sur la base des premiers résultats de biologie délocalisée. »</p> <p>Selon le livre des ordres métaboliques et réanimation du Pr Carole ICHAI, « la majorité des études randomisées n'a pas pu mettre en évidence de bénéfice à l'administration de bicarbonates dans les acidoses métaboliques organiques ».</p>
180	<p>« Les spécialistes consultés par la mission estiment que les manœuvres de réanimation entreprises sont de mauvais pronostic en raison de leur démarrage tardif. »</p> <p>L'établissement ne partage pas cette formulation qui laisse la place à l'interprétation : un démarrage tardif dans ce type de pathologie est de mauvais pronostic de toute façon <u>ou</u> il a été trop attendu avant de démarrer ?</p> <p>« Les spécialistes ne peuvent affirmer qu'une mise en œuvre plus précoce de la réanimation auraient empêché l'engagement du pronostic vital. »</p> <p>La question à laquelle les spécialistes doivent répondre est : <u>au regard des résultats biologiques datant de 18h00 et qui montrent a posteriori la gravité du tableau ; aurions-nous pu, entre son admission à 16h00 et la prise de sang à 18h00 et alors que son état clinique n'est pas alertant, mettre des traitements en route ?</u></p>

2.3.7. Des lenteurs dans le parcours du bilan biologique (§182 à 197)

184	<p>« L'infirmier n'a pas réalisé de demande de transport en urgence pour le bilan prélevé à 18h19. La mention « urgente » n'a pas été cochée dans le portail de prescription Cyberlab utilisé par le service des urgences et le laboratoire. Ainsi le prélèvement relevait des tournées de transporteur programmées vers le laboratoire (19h pour la prochaine). »</p> <p>Il n'y avait pas de caractère d'urgence qui justifiait un transport en urgence. Il n'y <u>aucune indication</u> à appliquer la procédure « <i>urgence vitale</i> », le personnel soignant ne pouvait donc légitimement pas l'envisager.</p>
-----	--

2.4. La cause du décès, rendue publique par la famille, est une pathologie rare et grave, dont la présentation n'était pas typique (§198 à 200)

200	<p>« La létalité de l'agent pathogène en cause, atteint pour la tranche d'âge du patient 24 %. »</p> <p>Il faut corréliser ce chiffre à la présentation clinique atypique, à la durée de début des symptômes, etc.</p>
-----	---

2.5. Durant la prise en charge, l'information donnée à la famille est tardive et insuffisante (§201 à 216)

205	<p>« La tonalité employée à l'accueil a été jugée inappropriée par la famille. »</p> <p>L'établissement respecte le ressenti de la famille et sa douleur. Cependant, les membres de la mission n'ayant pas pu s'entretenir avec l'agent de jour car il était absent, il n'est donc pas possible d'objectiver les faits. Aussi, il serait plus conforme à un esprit de neutralité et de respect de contradictoire que cela soit relayé par la mission de manière plus nuancée.</p> <p>Cela n'a pas eu d'impact sur la prise en charge médicale du patient.</p>
206	<p>« Les informations données à la famille ont été tardives et insuffisantes. »</p> <p>Il est absolument nécessaire de se remettre dans le contexte. Le patient communique avec sa famille par SMS jusqu'à 19h30. Il est majeur et présente un tableau digestif. Il n'y a donc <u>pas de raison</u> de communiquer avec la famille avant l'aggravation clinique.</p>
210	<p>« Il convient également de noter que l'absence d'échanges directs avec la famille a privé l'équipe de soins d'informations précieuses sur l'histoire de la maladie, susceptibles d'orienter le diagnostic. »</p> <p>Le patient est majeur, conscient et en capacité de relayer l'anamnèse qui le concerne. En quoi la présence de membres de la famille prive alors l'équipe de soins d'informations précieuses sur l'histoire de la maladie ? cette observation pourrait laisser penser que la prise en charge aurait été différente avec l'anamnèse de la famille plutôt que celle du patient.</p> <p>Aucun interrogatoire ne permettrait de faire le diagnostic de méningococcie sans signe neurologique et avec un tableau digestif.</p>

2.6. Le dossier patient a été officiellement transmis à la famille dans des délais conformes à la réglementation (§217 à 223)

220	<p>« La commission des usagers (CDU) s’est tenue le 19 octobre de 14h30 à 16h00 en présence de la famille, du chef du service des urgences au moment des faits, du directeur délégué du CHH, du secrétaire général du CHH, président par intérim de la CDU et d’une juriste de l’établissement assurant la coordination de la CDU. Aucun usager, membre de la commission, n’était présent, contrairement à la pratique habituelle de cette commission*. La présidente actuelle de la CDU, usagère, a ainsi indiqué à la mission avoir participé à 6 ou 7 médiations en 2023. »</p> <p>1/ Ce n’est pas une séance de la CDU qui s’est tenue le 19/10/2023 (ni en formation plénière, ni en formation restreinte). Il s’agissait d’une médiation avec la famille du patient organisée par la Direction en charge des relations avec les usagers, dont la coordinatrice de la CDU et le Président de la CDU au moment des faits font partie.</p> <p>* La pratique habituelle dans la gestion des réclamations est de proposer systématiquement (pour la totalité des réclamations selon l’objet – hors réclamation facturation par exemple) la possibilité du recours à la médiation. La démarche d’instruction des réclamations est formalisée par l’envoi d’un courrier en réponse indiquant :</p> <p><i>« La Commission des Usagers (CDU), instance dont la mission est de veiller au respect des droits des usagers, se tient à votre disposition pour vous rencontrer à votre convenance accompagnée des personnes de votre choix. Les membres pouvant également participer à cette rencontre peuvent être les représentants des usagers, le médiateur médical, le médiateur non médical, ainsi que toute personne utile pour apporter son aide à la compréhension des événements. Si vous êtes favorable à une rencontre, je vous remercie de vous rapprocher de la coordinatrice de la CDU, que vous pouvez joindre par email à cdu@ch-hyeres.fr et par téléphone au 04.94.00.10.32. »</i></p> <p>La composition des membres participants à cette rencontre est effectuée en relation avec le/les requérant(s). Jusqu’au 04/12/2023, M. RODRIGUES était le Président de la CDU par intérim et non Mme BELLOT, représentante des usagers désignée par l’ARS.</p> <p>En 2023, sur 17 médiations, les requérants ont souhaité la présence de représentants des usagers pour 4 médiations uniquement. Mme BELLOT a participé à 2 médiations pour 2023 et son homologue M. CHAMPION a participé aux 2 autres médiations. Les requérants renseignent généralement qu’ils ne souhaitent pas que la médiation ait lieu avec un nombre important de participants. Ainsi, les présences requises systématiquement par les requérants sont un membre de la Direction et</p>
-----	---

	<p>un médiateur (médical et paramédical) selon l'objet de la doléance, et non un représentant des usagers.</p> <p>2/ La médiation du 19/10/2023 est initialement hors champ de la gestion d'une réclamation, en l'absence de réclamation formalisée par la famille. Cette rencontre a été issue de la coordination et de la bonne collaboration entre la DAJ et les professionnels de santé. Le Chef de service a informé la juriste/coordinatrice de la CDU de l'évènement du 01/10/2023.</p> <p>Il a été décidé de laisser le temps de l'organisation des funérailles et du respect du deuil avant de contacter la famille pour présentation des condoléances et information que l'établissement demeurerait à leur disposition pour revenir sur la prise en charge. Ainsi, le 12/10/2023, un appel a été émis à la mère du patient par le Chef de service et la juriste/coordinatrice de la CDU. Lors de cet appel, la mère a émis le souhait d'être reçue à la suite de la proposition. Cette première rencontre institutionnelle est intervenue en présence de la direction déléguée de site, de la direction en charge des relations avec les usagers, du chef de service et de la juriste/coordinatrice de la CDU. Il s'agit d'une pratique institutionnelle dans le cadre de la gestion de tel évènement rare, sortant du cadre d'une gestion réclamation (non formalisée pour rappel) par la CDU.</p> <p>3/ Les membres de la CDU, dont les représentants des usagers, ont été tenus informés de l'évènement et de sa gestion lors de séances ultérieures à cette rencontre.</p>
222	<p>« (...) la transmission de l'intégralité du dossier médical n'est pas une procédure exceptionnelle contrairement à ce qui est indiqué par le CHH. D'une part, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique stipule que « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que <u>les informations</u> concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. ». D'autre part, l'article R. 1111-1 prévoit que : « L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé ou un établissement de santé, est demandé par la personne concernée, son ayant droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. ». L'article L.1111-7 prévoit une seule exception à la transmission « pour les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »</p>

	<p>Cependant, le droit des patients encadre la transmission des dossiers médicaux, notamment s'agissant des patients décédés. Le Code de la santé publique dispose que des <u>informations</u> peuvent être transmises aux ayants-droits dans le cadre de 3 objectifs, à savoir les informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort (1), de défendre la mémoire du défunt (2) ou de faire valoir leurs droits (3).</p> <p><u>Le terme « informations » n'a pas pour objet de signifier l'intégralité du dossier médical.</u></p> <p>Le Conseil d'État (CE, 5ème - 6ème chambres réunies, 13/02/2024, n°460187) a rappelé ce principe en indiquant notamment que les ayants droits ont accès à des informations médicales du patient défunt (hors opposition de sa part de son vivant), dans le cadre des 3 objectifs légaux précités :</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>« 6. (...) En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit (...) à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Ainsi, " Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit (...) dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (...) »</i></p> <p>Le Conseil d'État précise qu'il résulte de ces dispositions, éclairées par les travaux parlementaires préparatoires à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dont elles sont issues, « <u>que le législateur a entendu autoriser la communication aux ayants droit d'une personne décédée des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par ces ayants droit, à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de leurs droits. (...)</u> ».</p>
--	---

2.8. Les signalements obligatoires aux autorités n'ont pas tous été effectués (§229 à 242)

<p>233 et 234</p>	<p>La mission estime que cette décision était inappropriée.</p> <p>Cependant, à la lecture du courrier du patient M. A. daté du 2 octobre et reçu le 10 octobre 2023, le choix du principe de précaution a été pris. Un complément à la déclaration auprès de l'ARS a été effectué.</p>
---------------------------	---

3. Observations apportées par le CHH concernant les « dysfonctionnements mis en évidence à l'occasion du décès du patient, dont certains font l'objet d'actions correctives » (§253 à 336)

3.1. Un plan d'action pour le service des urgences a été établi par l'établissement pour répondre aux difficultés du service et aux analyses réalisées à la suite du décès du patient (§253 à 265)

253	<p>Lors de l'entretien du 18 avril avec les enquêteurs de l'IGAS, les inspecteurs pensent que les personnels du SAU faisaient preuve de mécontentement bien avant le weekend du 30 septembre puisque le courrier est daté du jour-même. La direction leur a indiqué qu'un staff SAU a eu lieu le 29/09 en présence médicale et paramédicale, et aucun mécontentement n'est remonté au chef de service ni à l'encadrement ou lors de ce staff.</p> <p>Il serait utile de le préciser au point 253.</p>
254	<p>« Par courrier, les personnels souhaitaient « exprimer leur inquiétude concernant la prise en charge des patients dans le service des urgences », en raison notamment des « nombreux dysfonctionnements liés au manque de personnel face à une activité intense qui ont eu lieu sur le WE du 30 septembre. »</p> <p>Le 30 septembre, l'équipe a été renforcée par un IDE en après-midi et en nuit de manière spontanée par l'encadrement.</p> <p>« Ils souhaitent alerter sur les délais de prise en charge trop longs du fait notamment du manque de place dans les services d'hospitalisation. »</p> <p>Il est notoire que l'ensemble des équipes des SAU du territoire se plaignent du manque de lits d'aval et de situations de tensions à répétition, ces sujets étaient évoqués régulièrement avec le président de la commission médicale d'établissement, le chef de service et l'encadrement.</p>
255	<p>À la suite de la rédaction du courrier de pétition de l'équipe, il importe de préciser que nous avons indiqué à la mission que la gouvernance reçoit les équipes SAU en réunion plénière le mercredi 04/10 au soir et propose un plan d'action spécifique.</p> <p><u>L'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux ont salué cette réactivité.</u></p>
3.1.2 Page 55	<p>« La visite de certification de la HAS du 16 au 20 octobre pointe plusieurs points d'amélioration au niveau du service des urgences. »</p> <p>Uniquement sur les locaux. Jamais sur les prises en charge.</p>

257	<p>« Le CHH est donc certifié au second niveau de certification, qui en comporte quatre, et qui correspond à une certification sans conditions. »</p> <p>Rappel du point 48 : le taux de certification est à 97.92 % (le patient 99%, les équipe de soins 99%, établissement 96%). Lors de la réunion plénière de restitution, les experts visiteurs avaient souligné la dynamique de 2 services en particulier, la pharmacie et les urgences, tout en précisant que les locaux étaient l'une de nos problématiques prioritaires.</p>
259	<p>Lors de la restitution orale IGAS du 12/06, le chef d'établissement a précisé que le CH avait retenu dans son schéma directeur immobilier (SDI) la nécessité de doubler la superficie du SAU pour proposer des conditions d'accueil en lien avec les standards, le nombre de passage, et une qualité d'accueil. Le SDI est dans une phase d'instruction avec les services de l'ARS. Comme précisé par ailleurs, le CHH est en situation d'insuffisance d'auto-financement est de ce fait dans l'impossibilité de réaliser une telle opération de travaux sans un soutien en financement.</p> <p>La gouvernance du CH a donc intégré cette nécessité d'étendre les locaux du SAU avant même les visites HAS et IGAS.</p>
260	<p>Les éléments notés de la RMM par l'IGAS ne sont pas complets :</p> <p>« Lié au patient. »</p> <p>Il manque des éléments médicaux dont un ATCD médical signalé par le patient a plusieurs reprises lors de sa prise en charge. Il s'agit d'un élément pourtant important lors de la prise en charge du patient. L'absence de ces éléments dans le rapport provisoire ne donne pas la même lecture de la RMM dans le rapport.</p> <p>Un élément a été rajouté : « Lié aux tâches « aide à la décision : Grille d'évaluation de l'IAO prise en défaut. ». Cela n'apparaît pas dans la RMM.</p>
264	<p>Un compte rendu de la RMM a été fait en staff.</p> <p>Le plan d'action de la RMM a été intégré au plan d'action du SAU</p> <p>Aux équipes : Le compte rendu de la RMM étant couvert par le secret médical, il n'a pu être partagé avec l'ensemble des équipes mais comme relevé par la mission, les conclusions en ont été partagées avec les équipes dans l'objectif d'améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins.</p>

3.3. Le plan d'actions pour le service des urgences ne couvre pas l'ensemble des dysfonctionnements constatés par la mission (§272 à 336)

3.3.1. *Sécuriser la prise en charge des patients (§274 à 298)*

276	<p>Rejoint les points 15 et 25. La grille de tri utilisée par le CH est reliée au logiciel « Terminal Urgences » (TU) utilisé par le service pour la gestion des dossiers patients. Le TU, développé par le GRADES est utilisé par de nombreux établissements. Pour modifier la grille d'accueil en lien avec le logiciel, il ne s'agit pas d'une action locale entre le CH et le GRADES mais d'une action sur l'ensemble du logiciel TU pour tous les établissements l'utilisant.</p> <p>Il est bien noté la recommandation numéro 15 <u>de portée nationale</u> proposée par la mission en la matière.</p>	
277	<p>« Cette échelle de tri « TRIAGE PACA », créée en 2012, est administrée par le GRADES et est largement déployée dans les services d'urgences de la région PACA. L'utilisation de la grille French recommandée par la SFMU est préférable. »</p> <p>L'éditeur indique ne pas être en capacité modifier pour le moment la grille de triage.</p>	
280	<p>« Elle ne mentionne pas non plus l'ancienneté et l'expérience nécessaire pour occuper cette fonction. »</p> <p>Cette affirmation est erronée (Cf. fiche de poste : Tout médecin du service des urgences ayant validé un parcours pédagogique autorisant une prise de poste dans un service d'urgence</p> <p>« La simple « lecture » des examens complémentaires par le médecin référent n'est pas suffisante, les recommandations professionnelles prévoyant également lors de la phase de triage, qu'il soit procédé à son interprétation et à sa signature. »</p> <p>Il est admis que la lecture par un médecin veut dire <u>interprétation</u>.</p>	Pièce jointe n°8
Page 62	<p>« Recommandation n°2 : Confier au médecin référent la mission de superviser l'attribution des patients au personnel soignant et médical et de veiller au respect des délais de prise en charge. »</p> <p>Il faudrait un médecin de plus ou donner du travail en plus au médecin référent et donc moins de patients. Cela pose la question des moyens dans un contexte de démographie médicale très tendue concernant les urgences et de comment les financer.</p>	

Page 63	<p>« Recommandation n°3 Formaliser les modalités de surveillance de la file d'attente interne au service avant attribution à un IDE ou à un médecin. Définir la personne en charge (infirmier de file d'attente, médecin référent) et les actions à effectuer en cas de dépassement du délai de prise en charge. »</p> <p>Cette recommandation pose aussi la question des moyens et de comment les financer.</p>	
286	<p>« La définition de certaines tâches spécifiques n'est pas claire, en raison de protocoles indisponibles, non adaptés ou non utilisés, selon les facteurs favorisants identifiés lors de RMM portant sur d'autres EIGS liés à la prise en charge aux urgences en 2022-2023 (ex. contrôle du chariot pédiatrique). »</p> <p>Le chariot pédiatrique n'a aucun rapport avec la situation ayant donné lieu à la mission d'inspection. Après relecture des RMMs 2022 et 2023, elles ne comportent pas d'éléments amenant à s'interroger sur l'adaptation des protocoles.</p>	
287	<p>« Les fiches de tâches des postes infirmiers n'ont pas été mis à jour depuis 2019, à l'exception des fiches de postes IAO et infirmier gériatrique aux urgences (IGU). »</p> <p>Les fiches ne sont révisées que lorsqu'il y a un changement dans les tâches des professionnels ce qui a été le cas pour la fiche de poste IAO et IGU.</p> <p>« La procédure fixant le renfort ponctuel de l'effectif paramédical IDE dans le service des urgences a été créé en février 2024, alors que le dispositif de renfort est en place depuis plusieurs mois. »</p> <p>Il existe un pool de suppléance de jour et de nuit venant renforcer les services dont le service des urgences si besoin. La procédure écrite en 2024 fait partie d'un plan d'action d'une RMM.</p>	
288	<p>« Or l'absence de règles précises et partagées peuvent dégrader l'action du service. »</p> <p>Ce ne sont que des suppositions négatives.</p>	

293	<p>« D'autres EIGS portant sur des prises en charge au sein des urgences du CHH déclarés en 2022 et 2023 ont également pointé des facteurs favorisant liés à un manque de communication et de transmission d'informations entre professionnels du service. »</p> <p>Sur les 6 EIGS déclarés en 2022 et 2023 en enlevant celui concernant le patient, on ne retrouve le facteur favorisant lié à un manque de communication et de transmission d'informations entre professionnels du service que pour un d'entre eux.</p>	
297	<p>« Aucun objectif ou engagement du CHITS en matière de qualité. »</p> <p>Dans les faits, la réunion annuelle entre le SAU et le laboratoire est l'occasion d'échanger sur l'ensemble des bonnes pratiques et de disposer d'analyses comparatives avec le CHITS et ses sites de Sainte-Musse et de La Seyne. Grâce à ces échanges, la politique d'investissement dans les automates est précisée pour se rapprocher des besoins de la population et de la pertinence des demandes.</p>	

3.3.2. Améliorer la traçabilité des prescriptions et des actes réalisés (§299 à 303)

302	<p>« La mission a également constaté qu'une série de modifications, suppressions et inscriptions réalisées le 1er octobre après le décès du patient ne sont pas spontanément identifiables à la lecture du dossier. Elles sont mises en évidence en croisant avec le fichier des histologs et sont de nature à gêner la restitution d'un déroulé précis de la prise en charge. A titre d'exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A 21h18, une observation infirmière est initialement inscrite sur le dossier informatisé. Elle est complétée par le résultat d'un examen complémentaire à 21h45. L'examen des connexions au dossier relève que des éléments complémentaires y sont rajoutés à 21h42 et que la totalité de l'observation est déplacée pour n'apparaître qu'à 21h30. » <p>Il ne s'agit pas de transformer les informations liées à la prise en charge. On complète le dossier a posteriori pour avoir la meilleure complétude du dossier, qui en corrélation avec la réalité de la gestion des urgences.</p>	
-----	--	--

3.3.3. Renforcer la politique qualité du service (§304 à 312)

307	<p>La fréquence prévue pour les revues des événements indésirables n'a pas été respectée, cependant les amplitudes des réunions étaient élargies afin d'analyser le plus grand nombre de DEI.</p>	
-----	---	--

310	<p>« L'augmentation des signalements d'EIGS est conjoncturelle. »</p> <p>Cette affirmation n'est nullement démontrée et décourage l'établissement dans sa volonté de s'inscrire dans une croissance de ces signalements. Cette approche participe à la tonalité négative du rapport provisoire.</p> <p>« Les cinq signalements d'EIGS en 2023, en dehors de celui concernant le patient, sont liés aux conditions de surveillance au sein du service selon les formulaires remplis par l'établissement. »</p> <p>Il n'y a eu que 4 signalements d'EIGS en 2023, en dehors de celui concernant le patient.</p> <p>Lors de la déclaration du volet 1 de l'EIGS, on retrouve dans la rubrique « quel est l'acte de soin impliqué » la surveillance pour deux EIGS.</p> <p>Les RMM réalisées ont conclu à une problématique de surveillance en cause profonde que pour l'un des deux. Pour le deuxième cela n'apparaît pas clairement (procédure risque infectieux).</p> <p>« L'établissement ne sollicite jamais l'appui d'une expertise externe pour procéder aux analyses approfondies. »</p> <p>Le CHH en direction commune avec le CHITS dispose dans ses équipes de nombreux experts visiteurs intervenants sur l'ensemble du territoire national en visite d'expertise.</p>
-----	---

3.3.4. *Améliorer les conditions d'accueil et d'information des accompagnants (§313 à 326)*

3.3.5. *Envisager des travaux d'extension des locaux pour garantir la dignité des patients et la confidentialité des échanges médicaux (§327 à 336)*

328	<p>« Cette exiguité rend impossible la préservation de la confidentialité au niveau de la salle d'attente (cf. supra). Il s'agit d'une non-conformité à l'article D. 6124-22 du code de la santé publique. »</p> <p>L'article D 6124-22 du Code de la Santé publique est le suivant : « <i>La structure des urgences et l'antenne de médecine d'urgence comprennent :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Une salle d'accueil préservant la confidentialité ; 2° Un espace d'examen et de soins ; 3° Au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ; 4° Une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure. Dans le cas d'une antenne de
-----	--

	<p><i>médecine d'urgence, les horaires de fonctionnement de cette unité sont adaptés aux horaires d'ouverture de l'antenne.</i></p> <p><i>Lorsque l'analyse de l'activité des urgences fait apparaître un nombre important de passages d'enfants ou de patients nécessitant des soins psychiatriques, l'organisation de la prise en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée est adaptée à ces patients. »</i></p> <p>Les locaux du SAU du CHH, nonobstant leur exigüité non contestée, <u>répondent à ces exigences réglementaires.</u></p>
Page 70	<p>« Recommandation 11 Évaluer au bout de trois mois l'intérêt du poste d'agent de liaison dans l'accueil et l'information des accompagnants et envisager, si le bilan est positif, sa pérennisation et son extension aux week-ends. »</p> <p>Cela pose la question des moyens pour élargir le temps de présence de l'agent de liaison et des moyens pour pérenniser le poste.</p>
331	<p>« La configuration des locaux ne permet pas non plus une surveillance optimale des patients. Les différents couloirs du service ne permettent pas de maintenir un contact visuel avec l'ensemble des patients. Cette impossibilité peut également être susceptible d'engendrer des événements indésirables. Les EIGS en lien avec le service des urgences déclarés par l'établissement en 2022-2023 relèvent, dans leur majorité, d'un défaut de surveillance et la configuration des locaux y est citée comme facteur favorisant. »</p> <p>Affirmation erronée : sur tous les EIGS déclarés en 2022 et 2023 soit 7, le défaut de surveillance a pu être noté que pour 2 d'entre deux. Pour autant les RMM réalisées n'ont retenu la notion de surveillance en cause profonde que pour l'un des deux.</p>
332	<p>« En visionnant les bandes de vidéosurveillance du 30 septembre 2023, la mission a pu constater qu'un corps recouvert par une bâche a traversé le couloir sans protection visuelle supplémentaire. »</p> <p>Précision non négligeable : Il s'agit d'un brancard spécifique au transport des décès et non d'une bâche.</p>

5. Observations apportées par le CHH concernant les annexes

Annexe 1 Point 1	252 lits et places comme indiqué au point 45 et au point 7 de l'annexe 1 (au lieu de 222) : il existe une discordance entre les données relevées par la mission. 10 pôles d'activités cliniques, dont 6 inter-établissements (Anesthésie, chirurgie, Gynéco-Obs, Médico-tech-diagnostic (labo, imagerie), soins ambulatoires (consultations externes, hôpital de jour), Pharmacie, et 4 internes au CHH (médecine et gastro, Pédiatrie, Gériatrie, Urgences (SAU et USIP). Pôle gériatrie = 200 places ? non, 170 lits autorisés, 158 installés, plus PASA 14 places et AJA 12 places
Annexe 1 Point 1	64 lits de médecine au lieu de 53.
Page 87	Erreur sur la maquette de la COJUP. Il s'agit d'une IDE / puéricultrice et non d'une AP.
Page 107	Le CSS du service n'a pas été entendu en entretien.

PIECES COMMUNIQUEES PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE HYERES

- **Pièce jointe n°1** : Rappels adressés au Laboratoire
- **Pièce jointe n°2** : Captures d'écran de la vidéosurveillance – 29 septembre 2023
- **Pièce jointe n°3** : Histolog TU (sous pli confidentiel secret médical)
- **Pièce jointe n°4** : Décret du 11 avril 2022
- **Pièce jointe n°5** : Réponse de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé
- **Pièce jointe n°6** : Extrait du référentiel des compétences de la profession d'Ambulancier
- **Pièce jointe n°7** : Histolog TU (sous pli confidentiel secret médical)
- **Pièce jointe n°8** : Fiche de poste – Médecin référent des urgences

Réponses aux observations du directeur général du CH Toulon la Seyne – CH Hyères

Observations liminaires du CHH :

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des propos liminaires de l'établissement. Comme exposé en introduction de la présentation orale synthétique du rapport, tenue le 12 juin 2024, la procédure contradictoire se fait uniquement sur la base du rapport écrit à partir des observations formulées par l'établissement. La mission répond aux différents points de ces propos liminaires dans le cadre des observations paragraphe par paragraphe formulées par l'établissement. La mission complète l'introduction du rapport sur la participation du CHH.

Synthèse

§ 5 : « L'analyse de cette chronologie met en évidence des non-conformités à la réglementation et la comparaison de la prise en charge aux recommandations professionnelles et procédures de l'établissement appelle plusieurs remarques. » L'analyse ne fait pas état par la suite de réelles « non-conformités réglementaires » au sens de normes (lois, décrets, arrêtés) qui ne seraient pas respectés de façon manifeste et volontaire. Il est fait davantage état d'éléments relatifs à écarts éventuels et qui seront discutés. Ces éventuels écarts sont à relier à un contexte de gestion d'urgence et de saturation des capacités de prise en charge au CHH comme sur l'ensemble du territoire ainsi qu'à des contraintes architecturales connues et pour lesquels l'établissement a élaboré des projections, dans le cadre d'un schéma directeur immobilier, qu'il ne peut mettre en œuvre sans soutien majeur extérieur avec une durée d'opération longue.

Réponse de la mission : La mission maintient son analyse. Les non-conformités au code de la santé publique et les écarts aux pratiques professionnelles sont détaillés dans le corps du rapport : rédaction maintenue

§ 7 : « Le premier examen médical se déroule dans le couloir, sans aucune intimité et sans confidentialité des échanges entre le médecin et le patient. » Si la problématique des locaux des urgences, exigus et contraints au regard de l'activité du SAU est identifiée par l'établissement et a fait l'objet d'une réponse à travers son Schéma Directeur Immobilier, l'affirmation les droits du patient ne sont pas respectés » manque de nuance et de mesure. Le médecin qui a réalisé l'examen médical dans un couloir faute de box disponible au sein du SAU s'étant adapté à ce contexte.

Réponse de la mission : La mission maintient ses observations. L'examen réalisé dans le couloir, sans protection visuelle ou auditive, ne satisfait pas au respect des droits des patients. Les éléments de contexte sont détaillés dans le corps du rapport : rédaction maintenue

§ 7 : « Les soins de réanimation sont pratiqués dans une salle dont les portes sont régulièrement restées ouvertes, alors qu'un patient est installé dans le couloir juste en face. » La salle dans laquelle les soins de réanimation ont été pratiqués dispose bien d'une porte, en revanche les allées et venues des personnels nécessaires à la prise en charge du patient conduisaient à ouvrir et fermer régulièrement la porte.

Réponse de la mission : A partir de l'enregistrement de vidéosurveillance, la mission constate que les portes de la salle où a eu lieu la réanimation sont restées régulièrement ouvertes,

indépendamment des périodes nécessaires aux allées et venues du personnel : rédaction maintenue.

§ 7 : « Respect du secret médical : après le décès du patient, l'accès à son dossier médical n'est pas sécurisé : de nombreuses connexions, notamment de professionnels n'ayant pas participé à sa prise en charge, sont recensées. » Le dossier médical informatisé (DPI) au CHH est sécurisé par une gestion des habilitations conforme aux rôles et missions des professionnels, ainsi qu'une procédure d'authentification respectant les bonnes pratiques. Le DPI de chaque patient doit toutefois rester accessible aux professionnels de santé, y compris, en cas d'urgence, au-delà de l'équipe de soins directement impliquée, afin de permettre l'accès à toute donnée pouvant être utile aux soins. Les accès au DPI sont rigoureusement tracés et surveillés conformément aux recommandations de la CNIL. Chaque personne accédant aux dossiers est identifiée et doit justifier les conditions de son utilisation. Ce suivi strict des accès a permis d'identifier les connexions au dossier du patient, conduisant à une déclaration auprès de la CNIL par l'établissement, ainsi qu'à une enquête interne destinée à distinguer les accès légitimes des accès éventuellement injustifiés. De plus, un signalement en vertu de l'article 40 du Code de procédure pénale a été fait auprès du procureur concernant le transfert de données médicales à des tiers sans autorisation de l'établissement.

Réponse de la mission : La mission prend note de la réponse de l'établissement. Elle souligne que les actions entreprises par l'établissement sont détaillées dans le corps du rapport (section 2.7) : rédaction modifiée.

§ 7 : « De plus, le dossier médical dans son intégralité est adressé de façon anonyme par voie postale à l'adresse du défunt. » L'établissement a pris connaissance de cet envoi par des déclarations reprises par la presse. L'origine et l'auteur de cette transmission n'ont pu être identifiés par le CHH. L'établissement a dès lors effectué un signalement au Procureur de la République au titre de l'article 40 du Code de Procédure Pénale.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 8 : « Par ailleurs, le décès du patient n'a pas donné lieu à toutes les déclarations requises aux autorités. Le signalement au titre des maladies à déclaration obligatoire est correctement effectué mais le signalement d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) n'est pas réalisé, alors que les éléments de qualification sont réunis. » Le décès du patient, dans le cadre d'une pathologie « peu fréquente et grave » comme relevé par la mission, a fortement ému les équipes médicales et paramédicales du service et fait l'objet à ce titre d'alertes du directeur délégué de site auprès du Service de Santé au Travail de l'établissement afin que celles-ci soient accompagnées. Pour autant, il n'a pas été appréhendé comme un évènement indésirable grave associé aux soins à savoir un « évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne » dans la mesure où la pathologie concernée est de nature à entraîner des décès, y compris chez des patients jeunes, et que le décès n'était pas considéré comme consécutif aux soins mais intervenu malgré les soins comme indiqué par le directeur délégué dans son message au SST (cf. annexe 1). D'ailleurs, il n'y a pas eu de Déclaration d'Evènement indésirable faite à la suite de ce décès. Pour autant, la Délégation Départementale de l'ARS a été informée de ce décès et du contexte de difficultés du SAU d'abord téléphoniquement par le chef d'établissement, puis à travers la note jointe en annexe 2. Lors de la restitution orale du 12/06 par la mission, le chef d'établissement a précisé que le CHH en direction commune avec le CHITS

disposait dans ses équipes de nombreux experts visiteurs intervenants sur l'ensemble du territoire national en visite d'expertise. Il apparaît que la notion de caractère inévitable est appréciée diversement par ces professionnels pourtant aguerris. L'opportunité d'une déclaration en tant qu'EIGS n'apparaît alors pas aussi péremptoire qu'indiqué et la définition des EIGS mériterait dès lors d'être précisée pour mieux guider les établissements dans leurs critères de décision à cet égard. Le volet 1 de l'EIGS a été déclaré dès demande de l'ARS et la RMM a été réalisée selon les recommandations régissant cet exercice et avec l'appui de la Structure Régionale d'Appui à la Qualité qui a participé et validé la méthode comme les conclusions. Il est important pour l'établissement de souligner qu'aucune stratégie de silence ou de sous-déclaration n'est à l'origine de la déclaration tardive de l'EIGS, qui a fait suite aux échanges avec l'ARS et aux discussions internes sur la définition d'un EIGS. L'information a été partagée, ce qui exclut de notre part toute volonté de dissimuler l'évènement et ses conséquences. Lors de la restitution orale, la mission d'inspection nous a indiqué avoir bien compris ces éléments qui seraient reportés dans le rapport. Nous regrettons de ne pas voir figurer cette notion majeure quant à la posture de l'établissement dans le rapport provisoire.

Réponse de la mission La mission maintient son analyse et prend note de la réponse de l'établissement : rédaction complétée

§ 9 : « L'acheminement du bilan sanguin vers le laboratoire du centre hospitalier de Toulon se fait avec près d'une heure de retard par rapport au planning prévu par l'établissement. » Des rappels ont été faits au prestataire sur ses obligations (pièce jointe n°1). Une rencontre avec le prestataire en présence de la gouvernance et du laboratoire a eu lieu le 24/04/2024.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 10 : « La surveillance du patient s'écarte à plusieurs reprises des recommandations professionnelles. Les procédures du service ne définissent, ni les modalités d'attribution des patients, ni les modalités de surveillance à certaines étapes de la prise en charge. » Les fiches de poste médicales réalisées a posteriori définissent les patients que doivent prendre en charge chaque médecin dans la mesure du possible. Ces explications ont été fournies au moment de l'inspection mais n'ont pas été reportés dans le rapport provisoire.

Réponse de la mission : La mission fait ici référence à l'ensemble des procédures d'attributions (médicales et paramédicales) des patients en vigueur le 30 septembre 2023. Les fiches de postes médicales rédigées a posteriori font l'objet d'une analyse dans la section 3.2. : rédaction maintenue

§ 10 : Aucun professionnel de santé n'est identifié comme responsable de ce patient pendant la phase d'attente à l'intérieur du service et aucun infirmier pendant la phase post relève des équipes. Les infirmières se répartissent les patients en début de vacation et au fur et à mesure de l'arrivée des patients. Ne pas être identifié comme responsable n'empêche pas les infirmières du service de surveiller les patients (la preuve, c'est un IDE qui n'était pas inscrit comme référent pour le malade qui le prend en charge au moment de son malaise vers 20h40). Ce n'est pas parce que personne n'est identifié que le patient n'a pas été pris en charge et surveillé.

Réponse de la mission : La mission prend acte des explications de l'établissement qui ne modifient pas le constat factuel posé : rédaction maintenue

§ 11 : « Le protocole de service concernant la prise en charge de la douleur n'est pas appliqué. Au niveau du triage, le niveau de douleur mesuré doit conduire à l'appel d'un médecin et à l'administration de traitements antalgiques. » Ce sujet a été expliqué lors des entretiens avec la mission d'inspection. Le patient présentant des [REDACTED] il était impossible d'administrer des antalgiques PER OS. La relève IAO / IDE retrouve la notion de demande de perfusion par antalgique intraveineux.

Réponse de la mission : Le protocole de service prévoit l'appel à un médecin au-delà d'un certain niveau de douleur, situation dans laquelle était le patient à son admission. La mission n'a pu retrouver trace de cet appel dans le dossier ou dans les entretiens menés. La mission n'a également pas pu retrouver, ni dans le dossier, ni dans les entretiens avec les professionnels, ni dans les échanges de SMS du patient, la présence d'un symptôme actif empêchant la prise orale de médicament, que ce soit à l'accueil ou au sein du service. La mission constate que l'administration du premier antalgique a bien été réalisée per os et tracée à 17h28 (soit 82 mn après l'admission), et le recours à la voie intraveineuse est tracé à 18h09 pour l'administration d'un second antalgique (soit 123 mn après l'admission) sans réévaluation préalable tracée du niveau de douleur : rédaction maintenue

§ 12 : « Lors de la prise en charge, les signaux d'alerte ne déclenchent pas systématiquement d'action spécifique. » Le seul signal d'alerte est le [REDACTED] élevé. L'IAO a informé ses collègues à l'oral de la nécessité de perfusion. L'IAO prend en compte les éléments qu'elle constate « de visu, à un instant c'est son rôle. Dès lors l'établissement ne rejoint pas la mission dans la conclusion indiquant que les informations ne sont pas recueillies au triage.

Réponse de la mission : La mission fait ici référence aux étapes ultérieures de la surveillance dans le service (chapitre 2.3.3) et non à la période du tri (chapitre 2.3.2.1) : rédaction maintenue

§ 13 : « La traçabilité des prescriptions et des actes n'est pas systématique. » Il est demandé que la traçabilité soit réalisée en temps réel, cependant dans un service d'urgence les soins sont prioritaires et la traçabilité intervient en décalé, cela est d'autant plus vrai sur des périodes de tension, ce qui était le cas le 30/09.

Réponse de la mission : La mission prend acte de ces précisions qui ne remettent pas en cause le constat posé : rédaction maintenue

§ 13 : « Un examen complémentaire a été réalisé et n'a pas été tracé dans le dossier médical. » Cette affirmation n'est pas fondée selon l'établissement. Il est ici fait référence à l'ECG, qui n'aura aucune incidence sur la suite.

Réponse de la mission : La non-traçabilité initiale de l'ECG réalisé à 17h25, conduit le médecin à le prescrire à 20h01. Sa traçabilité est effectuée dans le dossier à 20h16 : rédaction complétée

§ 13 : « A compter de l'aggravation de l'état clinique du patient, des prescriptions ont été réalisées à l'oral et leur régularisation absente ou portées a posteriori sur le dossier informatique, contrairement aux exigences réglementaires. » Il est autorisé de compléter le dossier a posteriori du fait de l'impossibilité de prendre en charge et d'écrire en même temps. Cela a été confirmé par les experts visiteurs de l'HAS au moment de la visite de certification qualité d'octobre 2023.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 15 : « Compte tenu de ces constats, la mission met en évidence plusieurs dysfonctionnements structurels ayant engendré des retards et des difficultés de prise en charge, notamment :

- la configuration et l'exiguïté des locaux ne permettant pas de garantir une surveillance adéquate ainsi que l'intimité, la dignité et la confidentialité dues aux patients. » Si l'exiguïté des locaux n'est pas contestée par l'établissement, qui l'a identifiée et entend répondre à cette problématique à travers son Schéma Directeur Immobilier, transmis à la mission, il n'est pas exact d'affirmer que celle-ci n'a pas permis de garantir une surveillance adéquate du patient.

Réponse de la mission : La mission aborde ici des dysfonctionnements structurels hors de l'analyse de la prise en charge du 30 septembre 2023 (Chapitre 3.3.5). Elle prend en compte l'observation de l'établissement : rédaction modifiée

§ 15 : « L'échelle de tri utilisée par l'établissement ne permettant pas d'affiner l'évaluation du niveau de sévérité. » L'échelle de tri utilisée est celle qui est validée et utilisée par la région PACA. De plus, la mise en place de la FRENCH n'a pas d'obligation. Elle a été créée postérieurement à l'instauration du logiciel métier Terminal Urgences (TU). L'éditeur, le GIP GRADES less PACA, n'a pas encore mis la FRENCH en place sur le Terminal Urgences. Pour modifier la grille d'accueil en lien avec le logiciel, il ne s'agit pas d'une action locale entre le CH et le GRADES mais d'une action sur l'ensemble du logiciel TU pour tous les établissements l'utilisant. Il est bien noté la recommandation numéro 15 de portée nationale proposée par la mission en la matière.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 15 : « Absence d'objectifs pour la qualité de service, notamment sur les délais d'acheminement des échantillons, les délais d'analyses et les délais de restitution des résultats du laboratoire, dans la convention signée entre les hôpitaux de Toulon et de Hyères. » L'établissement souhaite que soit précisé qu'il y a une réunion tous les ans avec le laboratoire.

Réponse de la mission : La réponse de l'établissement fournit un élément contextuel qui ne modifie pas le constat de la mission : modification effectuée en section 3.3.1 du corps du rapport § 297.

§ 16 : « La cause du décès, un choc septique lié à un méningocoque a été rendue publique par la famille du patient. Les infections invasives méningocoques constituent une pathologie peu fréquente et grave, avec un taux de mortalité de 24 % pour le sérotype concerné et pour la classe d'âge du patient. Cette affirmation doit être modulée en fonction de la présentation clinique, de la durée des symptômes etc.

Réponse de la mission : La mission cite des données statistiques publiées par Santé Publique France le 26 mars 2024 : « Les infections invasives à méningocoque en France en 2023 ». La mission prend note de la réponse de l'établissement : rédaction complétée

§ 17 : « L'analyse par les spécialistes, à distance et hors contexte les conduit à envisager une surveillance rapprochée des constantes vitales dès l'admission et une évocation du diagnostic principal au moment de la survenue de l'aggravation clinique » Rejoint le point 69, La mission précise par ailleurs que l'avis des spécialistes est requis hors contexte. Le contexte présenté en pages 2 et 22-23-24-25 du rapport est pourtant factuel. L'intérêt de l'avis sapiteur de spécialistes désignés par les sociétés savantes concernées est largement réduit par les conditions dans lesquelles celui-ci a été rendu « à distance et hors contexte dans la mesure où ces conditions diffèrent fortement de celles de la prise en charge du patient au sein du SAU et où l'on sait que les conditions externes influent très largement sur les fonctions exécutives et le processus de

sélection d'informations ; l'analyse d'un cas clinique sur papier s'écarte de ce fait largement des conditions réelles de prise en charge du patient.

Réponse de la mission : Pour clarifier sa méthode, la mission remplace la formule « à distance et hors contexte », par la formule « sur la base du dossier » : rédaction modifiée

Chapitre 1 : Principaux éléments de présentation du service des urgences du centre hospitalier de Hyères en lien avec la mission

1.1 Le centre hospitalier de Hyères est en direction commune avec celui de Toulon et est en grande difficulté financière

§ 43 : « La stratégie, élaborée à l'échelle des deux établissements depuis 2017, consiste à développer l'activité ambulatoire à Hyères et à transférer les prises en charge les plus lourdes à Toulon. » La ligne de partage des activités médicales entre le CHITS et le CI-IH n'est pas fondée sur le seul critère de l'ambulatoire et de la lourdeur des prises en charge, comme en témoigne la création en cours d'une unité d'ortho gériatrie au CHH. Il s'agit plutôt de déployer des activités sur chaque site en complémentarité, et si le plateau technique du CHITS est plus complet, celui du CHH comporte notamment un bloc opératoire et une Unité de Surveillance Continue.

Réponse de la mission : La mission cite le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur de juin 2021 : rédaction maintenue

§ 44 : « L'équipe de direction commune étant physiquement localisée à Toulon, un poste de directeur délégué du centre hospitalier d'Hyères a été créé et pourvu en avril 2020. » Chaque membre de l'équipe de direction commune partage son temps entre les 2 établissements, conformément aux conventions de mise à disposition établies entre eux dans ce cadre.

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 45 : « Le centre hospitalier de Hyères (CHH) est organisé en six pôles d'activités cliniques, dont deux inter-établissements, et dispose en 2024 de 252 lits et places installés dans le champ sanitaire, dont 53 lits de médecine, 21 lits en chirurgie complète et 9 places en chirurgie ambulatoire, 64 lits de court-séjour gériatrique et 30 lits de soins médicaux et de réadaptation ainsi que 170 places dans le domaine médico-social. » Le nombre de pôles activité clinique mentionné doit être corrigé. Le CHH est organisé en 10 pôles d'activités cliniques, dont 6 inter-établissements (Anesthésier chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Médico-technique-diagnostic (laboratoire, imagerie), soins ambulatoires (consultations externes, hôpital de jour), Pharmacie, et 4 internes au CHH (médecine et gastro-entérologie, Pédiatrie, Gériatrie, Urgences (SAU et USIP). Le nombre de lits de médecine mentionné doit être corrigé. Le capacitaire du CHH est de 64 lits depuis le 01/01/2024 (62 lits au 30 septembre 2023), 170 lits et places dans le domaine médico-social en lien avec le point 87.

Réponse de la mission : La mission a repris les données du fichier transmis par l'établissement intitulé « 03.2024- Tb CAPACITAIRE CHH-v.KD.pdf » qui mentionne 6 pôles cliniques dont 2 inter-établissements. Les pôles médico-techniques ne figurent pas sur ce tableau capacitaire. Le nombre de lits de médecine qui est indiqué sur ce tableau daté de mars 2024 est de 53 lits installés dont 47 ouverts en 2024 : nouvelles données intégrées.

§ 48 : « Le CHH a été récemment certifié par la Haute autorité de santé (HAS) au niveau « Qualité des soins confirmée ». Le taux de 97.92 % d'atteinte des objectifs du référentiel mériterait d'être mentionné (le patient 99 %, les équipes de soins 99 %, établissement 96 %). Lors de la réunion plénière de restitution, les experts visiteurs avaient souligné la dynamique de 2 services en particulier, la pharmacie et les urgences, tout en précisant que les locaux étaient l'une des problématiques prioritaires.

Réponse de la mission : rédaction complétée

1.2 Le service des urgences du centre hospitalier de Hyères s'inscrit dans un contexte territorial fragile et voit son activité baisser

§ 51 : « Le centre hospitalier d'Hyères dispose d'une autorisation de médecine d'urgence qui couvre l'activité « service des urgences » et l'activité « SMUR » qui arrive à échéance le 1er mars 2025. Le service des urgences du CHH est inclus dans un Pôle « Urgences - unité d'hospitalisation d'urgence (UHU) 10 — médecine séjours courts (MSC) - unité de soins continus (USC) » La rédaction pourrait laisser penser qu'il existe un questionnement sur l'autorisation Urgences-SMUR dont dispose le CHH. Toutes les autorisations d'activité délivrées par l'Agence Régionale de Santé le sont pour une période définie (correspondant à une durée de 7 ans), à l'issue de laquelle un dossier de renouvellement doit être déposé par le titulaire d'autorisation. Il s'agit d'une procédure administrative, essentiellement formelle dès lors que l'implantation de l'activité concernée est prévue dans le Schéma régional de Santé, ce qui est le cas du SAU du CHH. La mention de la date de fin de l'autorisation en cours du SAU du CHH n'apporte pas d'élément permettant d'éclairer le travail de la mission et peut instiller un doute pour le lecteur qui ne connaît pas cette procédure administrative sur le devenir du service ou son maintien après le 1 er mars 2025. Le pôle urgence du CHH comprend le SAU, l'UHU et l'unité de soins continus. Le service de médecine séjour court n'existe plus depuis 2023.

Réponse de la mission : Le document intitulé « 03.2024- Tb CAPACITAIRE CHH-v.KD.pdf » transmis par l'établissement mentionne un Pôle Urgences-UHU-MSC. Le site internet de l'établissement reprend également cette dénomination : modification effectuée et nouvelles données intégrées

§ 52 : « Le service des urgences du CHH a pris en charge 35000 patients en 2023. Ce niveau d'activité est le plus faible depuis 2016, à l'exception de l'année 2020 marquée par la pandémie liée au COVID 19. L'activité est notamment en baisse de plus de 5 % par rapport à l'année 2022. »

La rédaction pourrait laisser penser que le service des urgences est moins attractif pour la population. Or, la baisse du nombre de passages est le résultat d'un travail de collaboration avec la médecine de ville (Convention avec les CPTS, centre de soins non programmés, procédure de réorientation des patients, création du Service d'Accès aux Soins — SAS 83 depuis février 2023),

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 54 : « En 2023, près de 28% des passages aux urgences ont été réorientés après admission et tri par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) vers les consultations jour d'urgences en pédiatrie (COJUP) mises en place de 9h à 19h en semaine (8355 patients - 24%) » ou vers la maison médicale de garde (MMG) qui fonctionne la nuit et le week-end. (1287 patients - 4%). La COJUP est ouverte 7 jours sur 7. Une IDE / Puéricultrice est présente 7 j/ 7 de 8 heures à 20 heures. En semaine la prise en charge médicale est assurée par un pédiatre, le week-end par les médecins urgentistes, un pédiatre d'astreinte peut être appelé à tout moment.

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 57 : « S'agissant des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), la maquette apparaît également cohérente avec les recommandations émises par l'organisation professionnelle SUDF. » Il est pris acte que les effectifs IDE apparaissent comme cohérents par la mission pour une activité à 35 025 passages/an en 2023. Il est à noter que les effectifs ont été augmentés : 1 ligne IDE la nuit rajoutée depuis septembre 2019 et une ligne IGU depuis janvier 2021. En 2019, l'activité était de 39.105 passages/an, De plus, une ligne IDE de jour est positionnée en renfort sur la période estivale. Ces éléments de renforts des équipes ont été portés à connaissance de la mission durant l'inspection, il semble utile de faire apparaître cette évolution dans le rapport.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 58 : « En revanche, un déficit en aide-soignant (AS) était à souligner. Une seule ligne d'aide-soignante était en place en 2023 et une seconde ligne a été développée en 2024 » Les effectifs médicaux et paramédicaux des SAU n'étant pas « normés il ne peut pas être affirmé que l'effectif comportait un déficit en aide-soignant, en l'absence de cibles d'effectif opposables et incontestables. L'adaptation des ressources humaines à l'activité du service repose notamment sur l'analyse de la charge en soins que peuvent produire l'encadrement et la direction des soins, et s'agissant des effectifs aides-soignants du SAU du CHH. Le plan d'actions du CHH travaillé en partenariat avec le personnel, les médecins et l'encadrement a fait ressurgir le besoin d'une ligne AS supplémentaire. La mise en œuvre a débuté en avril 2024 au mois d'août 2024 la ligne AS supplémentaire sera effective.

Réponse de la mission : Le déficit en aide-soignant est évalué au regard des recommandations professionnelles en vigueur : rédaction complétée

§ 60 : « Le schéma directeur immobilier, établi en juin 2023, envisage une extension des locaux des urgences pour les porter à 1200 m² sous réserve de la faisabilité technique et financière. » Le Schéma Directeur Immobilier CHITS CHH, validé en Directoire commun, prévoit l'extension et la restructuration des locaux des urgences. Le terme « envisage » affaiblit ce projet qui s'il reste à financer, est clairement inscrit et formalisé dans la stratégie de l'établissement.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

Chapitre 2 : La chronologie et l'analyse de la prise en charge du patient

§ 63 : « Le décès du patient a été largement médiatisé en décembre 2023 et janvier 2024. » La médiatisation du décès du patient a eu des répercussions importantes sur les personnels et sur les médecins du SAU. Au-delà de l'augmentation de l'agressivité des patients et des familles faisant référence aux réseaux sociaux, cet impact s'est propagé jusque dans leur vie personnelle (agressivité de leur entourage, auprès de leurs enfants scolarisés), ce qui a été très mal vécu par les professionnels et a largement fragilisé le service. Les médecins et agents nous ont indiqué en avoir fait état aux inspecteurs, mais cet aspect n'est pas retranscrit.

Réponse de la mission : La mission a pu percevoir l'impact important de la médiatisation sur les équipes, cependant les conséquences de cette médiatisation survenue fin 2023, début 2024 ne rentrent pas dans l'analyse de la prise en charge du patient le 30 septembre 2023 : rédaction maintenue

§ 67 : « Les récits de l'évènement étaient parfois non concordants. La mission a croisé les informations recueillies auprès des soignants avec les données du dossier informatisé du patient accessible sur le Terminal Urgences, notamment celles du fichier des histologs, permettant de retracer le déroulé des saisies informatiques. La mission a pu constater qu'une session ouverte par

un utilisateur peut être utilisée par un autre, sans que l'identifiant de connexion soit modifié rendant la traçabilité des intervenants difficile. Des inscriptions et des modifications a posteriori ont été réalisées sur ce dossier informatique, une enquête interne est toujours en cours pour en retracer l'origine. De fait, il a parfois été difficile à la mission de dater et objectiver certaines étapes de la prise en charge avec certitude. » Ces observations de la mission laissent à penser que les acteurs de l'établissement ont modifié des informations à postériori alors qu'il s'agit simplement d'un effort de juste complétude du dossier dans la fin de la prise en charge. Les entretiens avec les professionnels ont eu lieu 7 à 8 mois après l'évènement, il est normal qu'ils aient du mal à se souvenir exactement des faits.

Réponse de la mission : La mission maintient ces observations qui sont factuelles et non interprétatives. Elles ont pour objectif de témoigner de la difficulté de la mission à retracer et objectiver les différentes étapes avec certitude : rédaction maintenue

§ 69 : « La mission s'est appuyée sur les avis des deux spécialistes désignés par les sociétés savantes qui ont basé leur analyse sur un chronogramme détaillé établi par la mission à partir des informations disponibles lors de la prise en charge au service des urgences et de certains éléments du dossier médical. » Rejoint le point 17. La mission précise par ailleurs que l'avis des spécialistes est requis hors contexte. Le contexte présenté en pages 2 et 22-23-24-25 du rapport est pourtant Réponse de la mission : Même éléments de réponse que pour le point 17 : rédaction maintenue

2.1 Le patient contacte les services de secours, plusieurs heures après le début des premiers symptômes

§ 71 : « A 14h23, le patient appelle lui-même SOS médecins. L'appel est réceptionné par un assistant de régulation qui, en fonction des symptômes exprimés par le patient, renseigne un logiciel générant des questions, selon un arbre décisionnel établi par des médecins et propose une classification. Cet appel a été classé niveau zéro, non urgent. » Le degré de gravité niveau 0 signifie non-urgent. Il doit être souligné que le logiciel de SOS médecins est différent de celui du SAU mais tout comme les urgences ne relève pas de critère de gravité dans l'évaluation du patient. Réponse de la mission : rédaction maintenue

2.2 L'activité aux urgences était particulièrement élevée le 30 septembre 2023

§ 87 : « En sus du niveau d'activité élevé, l'aval des urgences était saturé ne permettant pas de transférer certains patients dans les services et retardant la prise en charge des nouveaux patients. » Tableau 4, 47 lits de médecine ouverts + 15 de gastro soit 62 lits (la mission note 53 lits au paragraphe 45), pour le CSG 45 lits ouverts.

Réponse de la mission : Les données reprises dans le tableau 4 ont été fournies par l'établissement le 23/05/2024 (fichier CHH_Taux Occupation_30.09.2023) : rédaction maintenue

§ 99 : « Cette organisation en 24h continues permet de centrer la contrainte des jours de week-end sur trois médecins uniquement mais pose la question de leur vigilance tout au long de leur garde, qui fait l'objet actuellement de travaux de recherche scientifique. L'établissement a indiqué à la mission avoir mis fin aux périodes de travail posté de 24 heures début 2024 et avoir trouvé une organisation en douze heures, y compris les week-ends, qui permet de partager la contrainte et de satisfaire chacun. » Cette observation introduit un biais négatif alors même que le patient a été pris en charge à 20h00. Le point 96 de la mission relève que les plannings médicaux

respectent la réglementation. En quoi est-il utile d'évoquer un doute sur la vigilance des médecins présents ce jour-là puisque les repos de sécurité sont respectés ? D'autant que la prise en charge débute en milieu d'après-midi, pas en fin de vacation. Il peut avoir un débat national sur le sujet puisque les SAU au national voient leurs praticiens travailler indifféremment en 12 ou en 24h, le jour dit, au CHH les plannings médicaux sont en règle. Cette observation n'a donc pas d'objet dans le contexte.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

2.3 La prise en charge hospitalière au service des urgences s'écarte à plusieurs reprises des normes et pratiques professionnelles

Observations liminaires

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des propos liminaires de l'établissement. A partir des extraits de vidéosurveillance disponibles, la mission a retracé dans les encadrés chronologiques, l'ensemble des interactions du personnel soignant avec le patient ainsi que ses déplacements dans le service : rédaction maintenue

§ 100 : « La prise en charge hospitalière a été scindée en 6 étapes : tri, attente, prise en charge paramédicale, puis médicale 1-2 et 3 (cf annexe 3). Un focus spécifique a été fait sur les analyses biologiques. Pour chacune de ces étapes, après un rappel chronologique, la mission a analysé les éléments relevant de la prise en charge du patient par les professionnels ce jour-là puis, ceux relevant de l'organisation du service. Elle les a comparés aux normes et recommandations en vigueur et à l'analyse des spécialistes consultés qui ont considéré, a posteriori et hors contexte, les éléments médicaux transmis par la mission sous forme d'un chronogramme détaillé regroupant les informations disponibles lors de la prise en charge au service des urgences et certains éléments du dossier médical. » Il est ici précisé que les spécialistes consultés dans le cadre de l'enquête IGAS l'ont été « hors contexte », alors même que par définition, le contexte du déroulé des faits partie intégrante des éléments factuels qui doivent être pris en compte pour une bonne compréhension des faits. En outre, la médiatisation et la saturation des réseaux sociaux au cours des mois de décembre et janvier laissent peu de doutes quant au fait que des professionnels de santé aient pu avoir connaissance d'éléments présentés dans leur version médiatique, auxquels l'établissement n'a pu répondre du fait du respect du secret médical.

Réponse de la mission : Même éléments de réponse que pour le §17 : rédaction modifiée

Encadré chronologique avant le § 101 : « A 17h22, soit 90 mn après l'admission, un second infirmier (IDE2), en charge des box, n'occupant normalement pas la fonction d'IOA, saisit à l'aide de l'échelle de tri disponible dans le TU, la catégorie et le motif de recours, éléments qui déterminent automatiquement un code de gravité qui pour ce patient était de 4, correspondant à la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 120 minutes (cf annexe 4). » Il apparaît indispensable ici de préciser que sur l'échelle de gravité, 4 signifie que la situation n'est pas grave.

Réponse de la mission : Le détail de la grille de triage, codes de gravité et délais de prise en charge correspondant, se trouve en annexe 4 : rédaction complétée

§ 103 : « Le tri est réalisé par un infirmier dédié, affecté pour les 24 h à cette mission doté d'une longue expérience d'exercice aux urgences. » Cette affirmation est une erreur des enquêteurs : l'IDE est affectée pour 12 heures et non 24 heures.

Réponse de la mission : rédaction reformulée

§ 106 : « Le protocole autorise une administration de médicaments à visée antalgique pour les niveaux de douleur moins élevés. Une armoire à pharmacie est disponible à cet effet dans le local IAO. Aucun médicament n'est administré à ce stade. » Le patient présentant des [REDACTED] il était impossible de donner des médicaments par voie orale. Il fallait donc le perfuser, ce qui ne se fait pas à l'accueil mais la relève a été faite aux IDE pour le faire aussi vite que possible.
Réponse de la mission : Même éléments de réponse que pour le §11 : rédaction maintenue

§ 107 : « Certaines informations importantes ne sont ni recueillies ni transmises. Des informations sont à disposition lors de l'admission sur deux supports :

- La fiche de régulation du SAMU est accessible à la consultation sur le TU dès que le patient est annoncé, avant même son admission (cf annexe 4). Elle contient les éléments recueillis au téléphone par le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) et le médecin régulateur. Elle reste consultable durant 3 heures puis de façon définitive dès qu'elle est reliée au patient, ce que réalise l'agent administratif à 16h32. Pour ce patient, la présence de 5 symptômes et la notion d'une prise médicamenteuse au domicile étaient retracées sur la fiche SAMU et consultables tout au long de sa prise en charge.

- La fiche de transmission du VSAV remise à l'admission au CHH mentionnait quant à elle 4 symptômes dont 2 symptômes supplémentaires. Cette indication, notée par les enquêteurs, devrait leur permettre de conclure que les signes présentés par le patient sont par définition fluctuants, et que chaque acteur de la prise en charge constate des signes différents, éléments de détail qui doit être nécessairement pris en compte dans l'analyse de la prise en charge.

Réponse de la mission : La mission relève les différents éléments factuels notés lors de la prise en charge par les acteurs successifs, sans les interpréter. Certaines constantes ne sont pas vérifiées, certains symptômes ne sont pas réinterrogés : rédaction maintenue

§ 107 : « Dans l'observation de l'IOA, seuls deux symptômes sur les sept évoqués en préhospitalier sont notés et la régression d'un 3^{ème} symptôme après une prise médicamenteuse n'est pas retracée. » A nouveau, cette remarque permet de constater la fluctuation des constatations réalisées par les soignants tout au long de la prise en charge.

Réponse de la mission : identique à précédente observation : rédaction maintenue

§ 107 : « L'IDE qui intervient secondairement pour coter la gravité, saisit un motif de recours dans l'échelle de tri qui n'est pas le symptôme principal, ce qui conduit à un classement en « tri 4 », indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 120 mn. La prise en compte du symptôme principal classifie la gravité en « tri 3 » indiquant la nécessité d'une prise en charge médicale dans les 60 mn (la mission a réalisé la cotation en utilisant la grille de tri du TU). » A supposer que ce soit une autre IDE que l'IAO qui rentre le motif d'entrée, il est en concordance avec celui de l'accueil qui est : [REDACTED] et pas douleur thoracique, qui n'a jamais été une problématique signifiée par le patient ou les pompiers qui évoquent simplement une douleur costale, pouvant être tout à fait explicable par les [REDACTED] multiples

Réponse de la mission : Sur le fichier des histolog, la catégorisation (effectuée à partir du motif de recours) est réalisée 90 mn après l'admission par un second intervenant. Le symptôme principal renseigné sur la fiche de tri n'est pas une douleur de topographie thoracique mais abdominale qui correspond, en utilisant l'échelle de tri de l'établissement, à une catégorie de tri 3 : rédaction maintenue

§ 108 : « L'utilisation d'un symptôme différent du symptôme principal conduit à sous coter la gravité. » Cette affirmation vient directement remettre en cause le travail et les compétences de l'IAO qui a toute latitude pour définir le motif de recours. A supposer que ce soit une autre IDE qui a rentré le motif de recours, il est le même que celui de l'accueil.

Réponse de la mission : identique à précédente observation : rédaction maintenue

§ 109 : « Les valeurs anormales de deux constantes n'entraînent pas d'action spécifique. Parmi les constantes relevées dès l'admission, l'une d'entre elles est légèrement au-delà de l'intervalle de normalité chez l'adulte et apparaît automatiquement en rouge dans le dossier informatisé du patient. De plus, la fiche d'admission du SDIS mentionne une seconde constante, également anormale qui n'est pas recontrôlée tout au long de la prise en charge hospitalière, alors qu'une case est disponible sur le TU dans la fiche IOA pour la saisie de cette constante. » Sur le dossier IAO, une seule mesure est supérieure à la normale. Il s'agit du [REDACTED] élevé qui peut s'expliquer dans un contexte de déshydratation due au tableau digestif. La deuxième mesure est la [REDACTED] prise par les pompiers au moment de la prise en charge et qui n'est pas reprise au moment de son arrivée aux urgences. On ne sait donc pas si elle est toujours anormale Il s'agit d'une pure supposition.

Réponse de la mission : La valeur anormale de la constante mentionnée sur la fiche d'admission du SDIS aurait dû faire l'objet d'une action de contrôle à l'arrivée pour vérifier son évolution positive ou négative, ce qui n'a pas été fait. Le contrôle de cette constante est réalisable au tri et ne nécessite pas d'équipement spécifique. Les spécialistes interrogés considèrent qu'elle constituait un signal d'alarme à prendre en compte : rédaction maintenue

§ 110 : « A ce stade précoce de la prise en charge hospitalière selon l'avis des spécialistes consultés, ces deux paramètres de surveillance anormaux associés à une troisième constante à la limite de la normalité constituent un point de vigilance et justifient une surveillance régulière et fréquente des constantes ou un monitoring continu par surveillance scopée. Selon eux, l'installation du patient dans un couloir sans possibilité de surveillance rapprochée n'est pas adaptée à son état clinique. » Il s'agit d'une opinion a posteriori et avec une constante datant de la prise en charge à domicile. L'établissement considère qu'il s'agit d'une extrapolation qui n'a pas lieu d'être. Le patient est, du fait de sa localisation devant le bureau IDE puis médical, vu en permanence par les professionnels. L'installation du patient dans un couloir n'a pas entravé la surveillance rapprochée des équipes médicales et soignantes. De plus, il est possible de prendre les constantes dans les couloirs avec des moniteurs de signes vitaux type Dynamap. Cela sera par ailleurs fait à plusieurs reprises jusqu'à sa mise en place en SAUV.

Réponse de la mission : La mission constate l'absence de paramètres vitaux relevés dans le dossier du patient entre 16h09 (prise initiale de constantes par l'IAO) et 19h35 (intervention de l'infirmière qui se connecte au dossier comme responsable). Par la suite, la mission n'a pu retrouver d'autre action de prise de constantes, ni sur le dossier, ni sur le visionnage des enregistrements vidéo (disponibles à compter de 19h30) avant l'aggravation brutale de l'état du patient survenue à 21h11. La mission maintient ses observations. La mission prend note de la réponse de l'établissement indiquant que la prise de constantes est possible dans les couloirs : rédaction modifiée

Encadré chronologique avant le § 115 : « A 17h25, un examen complémentaire (ECG) est réalisé, automatiquement horodaté, sans qu'aucune trace de sa réalisation ne soit retrouvée dans le TU. » Cette affirmation est erronée, il sera validé a posteriori à 20h16

Réponse de la mission : Même éléments de réponse que §13. La non-traçabilité immédiate de l'examen complémentaire conduit le médecin à le prescrire. L'ECG est réalisé à 17h25, il est prescrit à 20h01 et tracé à 20h16 : rédaction modifiée

§ 115 : « Le protocole de prise en charge de la douleur n'est pas appliqué. Un premier antalgique est administré de façon ponctuelle sans qu'un soignant ne se désigne comme responsable du patient, 90 mn après l'admission. En effet, au travers des entretiens avec les professionnels, la mission a pu identifier que c'est un ambulancier, qui a signalé ce patient douloureux à un infirmier. Cet infirmier a consulté le dossier et pris la décision de faire administrer par l'ambulancier un traitement antalgique par voie orale. » Cette constatation permet de conclure qu'une surveillance est bien possible dans les couloirs. Précision : l'IDE a préparé l'antalgique per os et l'a donné en main propre à l'ambulancier afin qu'il le donne au patient.

Réponse de la mission : La réponse de l'établissement ne remet pas en question le constat factuel dressé par la mission : rédaction maintenue

§ 116 : « En croisant les différents éléments des entretiens, les SMS échangés par le patient avec sa famille, les traces de connexion au dossier informatique, la mission n'a pu dégager d'élément de compréhension de la régression du niveau de douleur entre l'admission et l'évaluation apparaissant sur le dossier à 16h15 alors qu'aucun traitement antalgique n'a été administré dans cet intervalle. » Cela s'appelle l'évolution des signes. Il est donc fallacieux de retenir les constantes pompier comme des constantes qu'il faut appliquer tout au long de la prise en charge

Réponse de la mission : L'établissement n'apporte pas d'élément de compréhension sur la mention portée sur le dossier à 16h15 évoquant une régression de la douleur alors même que le patient n'a reçu aucun traitement et signale être toujours douloureux : rédaction maintenue

§ 117 : « Un électro cardiogramme (ECG) est réalisé sans être tracé dans le dossier du patient. Il n'y a pas d'élément permettant d'affirmer que cet examen a été interprété par un médecin. L'ECG est réalisé par l'ambulancier du SMUR à la demande de l'infirmier, action qui figure dans sa fiche de poste. L'ambulancier a réalisé cet examen complémentaire à l'emplacement 3 du couloir et dit l'avoir montré au médecin référent qui affirme ne pas en avoir souvenir. La réalisation de cet ECG n'est pas tracée dans le dossier. L'ambulancier n'a pas de code de connexion l'autorisant à noter la réalisation de cet examen sur le TU.» Cette affirmation est erronée : la RMM retrouve une notion de validation médicale et il a été prescrit à 20h04 par le médecin. Si le médecin prescrit un ECG, c'est pour le regarder. Cette supputation défavorable et incorrecte contribue à la tonalité négative du rapport.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance de la notion de validation médicale inscrite sur la RMM sans précision supplémentaire. L'établissement n'apporte pas d'information complémentaire sur l'auteur et les modalités de validation de cet ECG, ni sur les actions entreprises à la suite du constat de l'aggravation de l'anomalie de la constante évoquée : rédaction adaptée

§ 117 : « La mission a pu consulter cet ECG, qui est accessible dans le dossier informatique et horodaté. Il a été réalisé à 17h25 et ne comporte aucune mention manuscrite, ni signature. Ceci ne correspond pas aux habitudes du service telles qu'elles nous sont relatées par les soignants. » Après enquête interne, seulement la moitié des médecins signent les ECG.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 118 : « La mission a pu consulter cet ECG, qui est accessible dans le dossier informatique et horodaté. Il a été réalisé à 17h25 et ne comporte aucune mention manuscrite, ni signature. Ceci ne correspond pas aux habitudes du service telles qu'elles nous sont relatées par les soignants. »
Après enquête interne, seulement la moitié des médecins signent les ECG.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 119 : « L'interprétation de l'ECG de 17h25, automatiquement réalisée par l'appareil, relève une anomalie qui correspond à une aggravation de la première constante qui était déjà anormale lors de l'admission. » La réalisation d'un ECG fait partie intégrante des constantes, dont l'une d'entre elle a donc été prise à 17h25, contrairement à ce qu'affirment les enquêteurs.

Réponse de la mission : Même éléments de réponse que §13 et §110. L'ECG réalisé met en évidence une aggravation de la première constante qui était déjà anormale lors de l'admission. L'établissement ne précise ni les modalités d'interprétation de l'anomalie détectée par l'appareil, ni les actions entreprises à la suite de cette analyse : rédaction maintenue

§ 121 : A 18h06, soit plus de 120 minutes après l'admission, alors que le délai maximal de prise en charge médicale initialement déterminé par la classification de la gravité est atteint, aucun professionnel de santé ne s'est identifié comme responsable de ce patient. Il n'y a eu aucun contrôle des paramètres vitaux initialement relevés. » Ce n'est pas la réalité, il y a eu un ECG à 17h25

Réponse de la mission : Un examen complémentaire, sur lequel apparaît une constante, a bien été réalisé à 17h25 mais la mission n'a pu retrouver de prescription de cet examen, ni de validation infirmière ou médicale permettant d'affirmer que cet examen ait été vu au moment de sa réalisation et intégré comme élément de surveillance. Cet examen met en évidence une anomalie (aggravation d'une constante déjà anormale lors de l'admission) mais la mission n'a pu identifier les actions entreprises par l'établissement à la suite de ce constat : rédaction modifiée

§ 125 : « La réalisation de cet ECG par l'ambulancier du SMUR sans protocole de délégation, ni prescription médicale constitue une non-conformité réglementaire » Le décret numéro 2022629 du 22 avril 2022 « Les actes pouvant être accomplis par les ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente » précise :

« III.-Les actes suivants sont accomplis sur prescription du médecin mentionné au I, lorsqu'il estime que l'urgence de la situation le requiert : Enregistrement et transmission d'électrocardiogramme à visée diagnostique à l'aide d'un outil automatisé

IV. -Sont seules habilités à accomplir les actes mentionnés au II et au III les ambulanciers ayant suivi une formation délivrée dans les conditions définies par un arrêté du ministre chargé de la santé »

Ainsi la réalisation d'un ECG fait bien partie des actes pouvant être pratiqués par les conducteurs ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente. Pendant leur formation les ambulanciers sont formés à la réalisation des ECG dans le cadre du Bloc 2, Module 4 et 5. La prescription médicale est certes attendue pour régulariser sa réalisation, mais la non-conformité ne peut être qualifiée de réglementaire s'agissant du délai de régularisation dans le cadre de la prescription. L'ECG a été prescrit par un médecin a posteriori.

Réponse de la mission : L'article R. 6311-17 s'applique dans le cadre de la prise en charge de patients par les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente. Les ambulanciers peuvent pratiquer dans ce cadre des ECG sous la responsabilité du médecin assurant la régulation téléphonique ou du médecin de l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation. Il ne s'applique pas aux prises en charge dans les

services d'urgence. Les actes susceptibles d'être réalisés par les ambulanciers dans les services d'urgence ne sont pas définis par voie réglementaire. Au sein de l'établissement, il n'existe pas de protocole de coopération permettant de déléguer la réalisation d'ECG aux ambulanciers, selon le cadre prévu par le code de la santé publique : rédaction non modifiée

Encadré chronologique avant le § 128 : « A 18h09, un quatrième infirmier (IDE4), se connecte sur le dossier du patient en tant que responsable, et réalise les premiers soins et gestes techniques (accès veineux avec bouchon et réalisation d'un bilan biologique). Un second traitement à visée antalgique par voie intraveineuse est administré. » Le patient a reçu 2 antalgiques entre 15h50 et 18h00.

Réponse de la mission : La mission relève sur le dossier du patient la traçabilité de l'administration d'un premier antalgique à 17h28 et d'un second antalgique à 18h19 : rédaction complétée

Encadré chronologique avant le § 128 : « A 19h35, l'infirmier (IDE4) trace le relevé des constantes et réévalue la douleur. » L'IDE qui a pris en charge le patient était l'IDE renfort du pool, en horaire d'après-midi. A la prise de poste des IDE de nuit, juste après 19 heures, elle a fait le tour de constantes des patients dont elle avait la responsabilité. Elle a tracé a posteriori

Réponse de la mission : La mission prend note que les constantes ont été relevées peu après 19h. Elle évoque ici la traçabilité de leur relevé : rédaction complétée

§ 130 : « L'infirmier administre un second traitement antalgique sans que la réévaluation préalable de la douleur ne soit tracée dans le dossier. L'efficacité de ce traitement sur la douleur est réévaluée au bout de 75 mn alors que le protocole mentionne la réévaluation post traitement dans un délai de 30 à 60 mn. » Il y a un écart de 15 minutes à corréliser avec l'affluence des patients dans les urgences : 16 h : 35 patients / 17h : 45 patients présents dans les urgences.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 131 : La première constante anormale s'est aggravée de façon importante (majoration de plus de 20% par rapport à l'admission), elle reste signalée en rouge lorsqu'elle est saisie sur le TU. Il faut tenir compte du contexte d'affluence (de 17h à 19h il y avait 45 patients présents dans les urgences). L'ECG a été fait à 17h25 donc le pouls a été pris à ce moment-là.

Réponse de la mission : Les éléments contextuels mentionnés par l'établissement sont précisés en section 2.2. du rapport : rédaction maintenue

§ 131 : La seconde constante anormale présente sur la fiche des pompiers n'est pas contrôlée. Il s'agit d'une mesure manuelle qui, d'après la littérature, est effectuée irrégulièrement dans les SU car non automatisée et chronophage mais qui peut être un indicateur précoce de la détérioration de l'état clinique du patient. La fréquence respiratoire n'est quasiment jamais faite en pratique dans les SAU pour les tableaux cliniques peu inquiétants.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 131 : La seconde constante anormale présente sur la fiche des pompiers n'est pas contrôlée. Il s'agit d'une mesure manuelle qui, d'après la littérature, est effectuée irrégulièrement dans les SU car non automatisée et chronophage mais qui peut être un indicateur précoce de la détérioration de l'état clinique du patient. La fréquence respiratoire n'est quasiment jamais faite en pratique dans les SAU pour les tableaux cliniques peu inquiétants.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 131 : La troisième constante est toujours à la limite de la normale et apparait en vert. L'établissement conteste l'indication « à la limite ». La constante est strictement normale. Cette observation participe une fois de plus à la tonalité négative du rapport provisoire concernant des éléments qui n'en sont pas.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 132 : « L'aggravation de la première constante n'entraîne pas d'action particulière de la part de l'infirmier, notamment pas d'alerte au médecin référent. » Les prises de constantes sont retranscrites à 19h35 et un médecin voit le patient à 19h55. En outre, l'IDE n'a pas les compétences pour mettre en place un traitement. Prévenir le médecin, ce qu'il fait, est donc la seule chose qu'il peut faire. Entre le temps de la retranscription informatique par l'IDE et le contact médical, il s'est passé moins de 20 minutes.

Réponse de la mission : La mission a pris note dans la précédente remarque de l'établissement sur l'encadré chronologique avant le § 128 que les constantes avaient été relevées peu après 19h et tracées ultérieurement à 19h35. Le premier contact médical qui suit ce relevé a donc lieu dans un délai bien supérieur à 20 minutes : rédaction maintenue

§ 136 : « Comme vu dans le chapitre précédent, il n'y a aucune règle et aucun protocole formalisé définissant la surveillance des constantes durant la phase d'attente. Les premiers paramètres vitaux initialement relevés à 16h09, sont contrôlés à 19h35 soit plus de 3 heures après, alors qu'une réévaluation est recommandée dès que le délai de triage est dépassé. » Cette affirmation ne prend pas en compte l'ECG réalisé à 17h25 qui permet de connaître à cette heure-là le pouls du patient.

Réponse de la mission : Même éléments de réponse que §121 concernant l'ECG : rédaction maintenue

Titre avant le § 150 : « Une aggravation brutale de l'état clinique du patient et des éléments biologiques anormaux qui ne conduisent pas à envisager dans un premier temps un transfert vers une réanimation » Le transfert d'un patient n'est jamais décidé à la suite d'un malaise. Il est mis en place en priorité des mesures thérapeutiques et en fonction de leur efficacité, l'opportunité d'un transfert est évaluée.

Réponse de la mission : Certains diagnostics, dès leur évocation, permettent de mesurer que l'établissement n'aura pas le plateau technique suffisant pour les prendre en charge et conduisent à envisager très tôt, un transfert qui sera réalisé dès que possible : rédaction complétée

§ 150 : « des informations sont tracées sur le dossier en utilisant l'identifiant d'un autre professionnel, une série de modifications, suppressions et inscriptions sont réalisées le 1er octobre après le décès du patient » Il est impossible d'écrire au fil de l'eau quand on prend en charge un patient grave.

Réponse de la mission : La mission fait référence dans ce § aux éléments qui l'ont gêné pour retracer un déroulé précis et complet de la prise en charge : rédaction maintenue

Encadré chronologique avant le § 151 : « A 21h22, MED2 inscrit sur le dossier son observation clinique et un diagnostic qualifiant l'aggravation de l'état de santé du patient » L'évocation d'un malaise vagal ne veut pas dire que le médecin le retient comme diagnostic principal.

Réponse de la mission : Il s'agit du relevé factuel sans analyse de ce qui est tracé dans le dossier médical : rédaction maintenue

§ 153 : « Le patient présente une aggravation de son état clinique que la mission visualise sur l'enregistrement vidéo. Un infirmier se rend à son chevet et relève les constantes de surveillance. Il devrait être rajouté « sans délai» : « Un infirmier se rend sans délai à son chevet et relève les constantes de surveillance.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 153 : Seuls deux paramètres sont notés dans le dossier. La constante anormale depuis l'admission n'est pas mentionnée. » Le fait que le pouls ne soit pas repris à ce moment-là n'a pas d'incidence sur la prise en charge.

Réponse de la mission : La mission prend acte de l'interprétation médicale faite par l'établissement du constat factuel posé : rédaction maintenue

§ 154 : « Un diagnostic est inscrit sur le dossier pour qualifier cet épisode d'aggravation. Il reste en lien avec la première hypothèse diagnostique évoquée et transmise par le premier médecin. Selon les spécialistes consultés, les éléments cliniques notés dans l'observation médicale sont de nature même à infirmer le diagnostic posé sur cet épisode d'aggravation ainsi que l'orientation diagnostique initiale. » L'évocation d'un malaise vagal ne veut pas dire que le médecin le retient comme diagnostic principal. Il a fait un malaise vagal à ce moment-là et la médecin prescrit des traitements (par remplissage vasculaire) qui sont recommandés quelle que soit la cause du choc. De plus, la médecin prescrit un scanner pour chercher l'étiologie du malaise.

Réponse de la mission : La mission maintient son constat étayé par l'avis des spécialistes. Des éléments cliniques notés dans le dossier ne sont pas concordants avec le diagnostic inscrit à cet instant et l'orientation diagnostique initiale. Les actions et thérapeutiques entreprises sont décrites dans les paragraphes qui suivent : rédaction maintenue

§ 155 et 156 : « Dès le moment où survient l'aggravation clinique, les spécialistes considèrent que l'étiologie infectieuse de l'état clinique présenté par le patient est confirmée : les constantes relevées au moment de l'aggravation du patient signent l'état clinique et les éléments biologiques disponibles de façon concomitante à l'aggravation clinique viennent confirmer la gravité de la pathologie et de sa diffusion à plusieurs organes. Le recours à la biologie délocalisée pouvait selon eux dès l'aggravation, permettre de confirmer la gravité de l'état clinique. Un transfert en réanimation sans délai devait être envisagé selon eux.» Les antibiotiques sont néanmoins prescrits dès qu'on a l'information de l'infection, ce qui démontre que la situation est prise au sérieux. L'urgence était centrée sur le traitement du patient plutôt que de chercher un transfert en réanimation.

Réponse de la mission : Les résultats biologiques signant l'infection sont disponibles à compter de 21h10, la prescription d'antibiotiques est effectuée sur le dossier à 22h55, leur administration est tracée à 23h44 pour l'un et 0h34 pour l'autre. La mission n'a pas retrouvé d'éléments permettant d'objectiver précisément l'horaire de prescription et d'administration des antibiotiques. Même éléments de réponse pour la nécessité d'envisager un transfert que précédemment : rédaction maintenue

§ 157 et 158 : « Ils [Les spécialistes] estiment que trois catégories de traitements doivent alors être administrées immédiatement. Dès 21h41, la première catégorie de traitement nécessaire est administrée de façon conforme aux attendus en termes de composition, volume et débit, dans le cadre de la pathologie selon les spécialistes. » Le patient reçoit un [REDACTED] et les antibiotiques sont prescrits oralement (cf. RMM) moins de 30 minutes après [REDACTED] et

l'apparition de [REDACTED] La [REDACTED] n'est pas débutée car il répond initialement au [REDACTED] (cf. dossier médical à 23h14 minutes et 54 sec.).

Réponse de la mission Mêmes éléments de réponse pour la prescription d'antibiotiques qu'au § 156 : rédaction maintenue

§ 158 : « Les deux autres catégories de traitements sont prescrites mais leur traçabilité et leur horaire d'administration dans le dossier ne correspondent pas aux souvenirs des professionnels lors des échanges avec la mission ou à ce qui est noté dans la RMM. » Incorrect : le médecin et l'IDE affirment avoir débuté les antibiotiques au moment de la prescription du scanner. Ces éléments ont été portés à la connaissance de la mission par les intéressés lors des entretiens.

Réponse de la mission : La mission relève l'absence de correspondance entre les éléments notés dans le dossier et le récit des faits : rédaction maintenue

§ 164 : « Selon les spécialistes interrogés, le choix du traitement destiné à lutter contre la cause infectieuse de la pathologie présentée respecte les recommandations pour l'indication suspectée à ce stade. Par ailleurs, les spécialistes considèrent que ce traitement est potentiellement efficace sur l'agent pathogène qui sera identifiée ultérieurement. » Le terme « potentiellement » n'est pas partagé par le CHH. Ce traitement est reconnu comme efficace. Ce terme participe à la tonalité négative du rapport.

Réponse de la mission : Les spécialistes précisent que le spectre des antibiotiques utilisé est très large et correspond au traitement de la pathologie présentée à ce stade, en l'absence d'étiologie infectieuse confirmée. Les spécialistes relèvent l'absence d'études de cette association sur le germe pathogène en cause mais la problématique de diffusion dans le LCR ne se posant pas dans le cas d'espèce, estiment que cette association est potentiellement efficace : rédaction modifiée

§ 169 : « A partir de l'évaluation de 19h35, plus aucun niveau de douleur n'est renseigné alors même que le patient se plaint par SMS adressés à sa famille d'être toujours douloureux. » L'équipe de soins se focalise légitimement sur la prise en charge de l'urgence avant la douleur.

Réponse de la mission : La mission observe que l'équipe de soins se focalise sur la prise en charge de l'urgence après l'aggravation brutale du patient à 21h11. Par ailleurs, la mission considère que la prise en charge de l'urgence n'est pas exclusive de la prise en charge de la douleur : rédaction maintenue

§ 170 : « Le diagnostic de « choc septique » est inscrit sur le dossier à 23h10. » Il doit être mentionné que le traitement est débuté bien avant soit à 21h35.

Réponse de la mission : La mission rappelle que l'ensemble des traitements administrés en lien avec ce diagnostic sont détaillés en section 2.3.5.2. et 2.3.6.2 : rédaction modifiée

§ 172 : « La mission a pu écouter la bande audio du SAMU correspondant à la demande de transfert du patient vers le service de réanimation. Lors de cet échange, à 23h28, le médecin des urgences informe le médecin régulateur qu'un traitement prescrit à 22h59 n'a pas été débuté. » Car elle note que le [REDACTED] est efficace et demande avis auprès de son collègue.

Réponse de la mission : La mission note qu'au cours de cet échange téléphonique, le médecin régulateur invite à débiter ce traitement sans attendre La mission prend note de la réponse de l'établissement et complète la dernière phrase : rédaction complétée

§ 176 : Les spécialistes consultés estiment qu'un traitement spécifique prescrit à 01h06 pouvait être administré plus précocement sur la base des premiers résultats de biologie délocalisée. Selon le livre « Désordres métaboliques et réanimation » du Pr Carole ICHAI, « la majorité des études

randomisées n'a pas pu mettre en évidence de bénéfice à l'administration de bicarbonates dans les acidoses métaboliques organiques »

Réponse de la mission : Les spécialistes ont rendu leurs avis à partir des recommandations professionnelles de la Surviving Sepsis Campaign publiées en octobre 2021 : « Pour les adultes présentant un choc septique et une acidose métabolique sévère ($pH \leq 7,2$) et une lésion rénale aiguë (score AKIN 2 ou 3), nous suggérons d'utiliser un traitement au bicarbonate de sodium ». : rédaction maintenue

§ 180 : « Les spécialistes consultés par la mission estiment que les manœuvres de réanimation entreprises sont de mauvais pronostic en raison de leur démarrage tardif. » L'établissement ne partage pas cette formulation qui laisse la place à l'interprétation : un démarrage tardif dans ce type de pathologie est de mauvais pronostic de toute façon ou il a été trop attendu avant de démarrer ?

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 180 : « Les spécialistes ne peuvent affirmer qu'une mise en œuvre plus précoce de la réanimation auraient empêché l'engagement du pronostic vital. » La question à laquelle les spécialistes doivent répondre est : au regard des résultats biologiques datant de 18h00 et qui montrent a posteriori la gravité du tableau aurions-nous pu, entre son admission à 16h00 et la prise de sang à 18h00 et alors que son état clinique n'est pas alertant, mettre des traitements en route ?

Réponse de la mission : Les spécialistes ont relevé les éléments d'alerte sur la sévérité de l'état du patient aux différentes étapes de la prise en charge et précisé à chaque étape les traitements qui selon eux étaient indiqués : rédaction maintenue

§ 184 : « L'infirmier n'a pas réalisé de demande de transport en urgence pour le bilan prélevé à 18h19. La mention « urgente » n'a pas été cochée dans le portail de prescription Cyberlab utilisé par le service des urgences et le laboratoire. Ainsi le prélèvement relevait des tournées de transporteur programmées vers le laboratoire (19h pour la prochaine). » Il n'y avait pas de caractère d'urgence qui justifiait un transport en urgence. Il n'y aucune indication à appliquer la procédure « urgence vitale le personnel soignant ne pouvait donc légitimement pas l'envisager.

Réponse de la mission : rédaction complétée

2.4 La cause du décès, rendue publique par la famille, est une pathologie rare et grave, dont la présentation n'était pas typique

§ 200 : « La létalité de l'agent pathogène en cause, atteint pour la tranche d'âge du patient 24%. » Il faut corréler ce chiffre à la présentation clinique atypique, à la durée de début des symptômes, etc.

Réponse de la mission : Même éléments de réponse que §16. Pour des raisons de clarification la mission précise également que le diagnostic principal évoqué est le choc septique : rédaction complétée

2.5 Durant la prise en charge, l'information donnée à la famille est tardive et insuffisante.

§ 205 : « La tonalité employée à l'accueil a été jugée inappropriée par la famille. » L'établissement respecte le ressenti de la famille et sa douleur. Cependant, les membres de la mission n'ayant pas pu s'entretenir avec l'agent de jour car il était absent, il n'est donc pas possible d'objectiver les faits. Aussi, il serait plus conforme à un esprit de neutralité et de respect de contradictoire que

cela soit relayé par la mission de manière plus nuancée. Cela n'a pas eu d'impact sur la prise en charge médicale du patient.

Réponse de la mission : La mission rapporte sans interprétation, les éléments exprimés par la famille. Malgré ses demandes, la mission n'a pu rencontrer l'agent d'accueil pour cause d'absence sur la période de la mission : rédaction maintenue

§ 206 : « Les informations données à la famille ont été tardives et insuffisantes. » Il est absolument nécessaire de se remettre dans le contexte. Le patient communique avec sa famille par SMS jusqu'à 19h30. Il est majeur et présente un tableau digestif. Il n'y a donc pas de raison de communiquer avec la famille avant l'aggravation clinique.

Réponse de la mission : Le premier épisode d'aggravation clinique survient juste après 21h. A la connaissance de la mission, la famille a été informée de la dégradation de l'état clinique et de la nécessité d'un transfert peu après 23h30 : rédaction maintenue

§ 210 : « Il convient également de noter que l'absence d'échanges directs avec la famille a privé l'équipe de soins d'informations précieuses sur l'histoire de la maladie, susceptibles d'orienter le diagnostic. » Le patient est majeur, conscient et en capacité de relayer l'anamnèse qui le concerne. En quoi la présence de membres de la famille prive alors l'équipe de soins d'informations précieuses sur l'histoire de la maladie ? cette observation pourrait laisser penser que la prise en charge aurait été différente avec l'anamnèse de la famille plutôt que celle du patient. Aucun interrogatoire ne permettrait de faire le diagnostic de méningococcie sans signe neurologique et avec un tableau digestif.

Réponse de la mission : La mission relève au travers des échanges de SMS du patient avec sa famille, les inquiétudes de celle-ci concernant des signes cliniques non répertoriés dans le dossier et la perception d'une dégradation de l'état général du patient par rapport à son état habituel. La mission précise que la question n'est pas de repérer à ce stade une infection invasive à méningocoque mais un état de choc : rédaction maintenue

2.6 Le dossier patient a été officiellement transmis à la famille dans des délais conformes à la réglementation

§ 220 : « La commission des usagers (CDU) s'est tenue le 19 octobre de 14h30 à 16h00 en présence de la famille, du chef du service des urgences au moment des faits, du directeur délégué du CHH, du secrétaire général du CHH, président par interim de la CDU et d'une juriste de l'établissement assurant la coordination de la CDU. Aucun usager, membre de la commission, n'était présent, contrairement à la pratique habituelle de cette commission. La présidente actuelle de la CDU, usagère, a ainsi indiqué à la mission avoir participé à 6 ou 7 médiations en 2023. » 1/ Ce n'est pas une séance de la CDU qui s'est tenue le 19/10/2023 (ni en formation plénière, ni en formation restreinte). Il s'agissait d'une médiation avec la famille du patient organisée par la Direction en charge des relations avec les usagers, dont la coordinatrice de la CDU et le Président de la CDU au moment des faits font partie. La pratique habituelle dans la gestion des réclamations est de proposer systématiquement (pour la totalité des réclamations selon l'objet - hors réclamation facturation par exemple) la possibilité du recours à la médiation. La démarche d'instruction des réclamations est formalisée par l'envoi d'un courrier en réponse indiquant : « *La Commission des Usagers (CDU), instance dont la mission est de veiller au respect des droits des usagers, se tient à votre disposition pour vous rencontrer votre convenance accompagnée des personnes de votre choix Les membres pouvant également participer à cette rencontre peuvent être les représentants des usagers, le médiateur médical, le médiateur non médical ainsi que toute personne utile pour*

apporter son aide à la compréhension des événements. Si vous êtes favorable à une rencontre, je vous remercie de vous rapprocher de la coordinatrice de la CDU, que vous pouvez joindre par email à cdu@ch-hyeres.fr et par téléphone au 04.94.00.10.32. » La composition des membres participants à cette rencontre est effectuée en relation avec le/les requérant(s). Jusqu'au 04/12/2023 M. RODRIGUES était le Président de la CDU par intérim et non Mme BELLOT, représentante des usagers désignée par l'ARS. En 2023, sur 17 médiations, les requérants ont souhaité la présence de représentants des usagers pour 4 médiations uniquement. Mme BELLOT a participé à 2 médiations pour 2023 et son homologue M. CHAMPION a participé aux 2 autres médiations. Les requérants renseignent généralement qu'ils ne souhaitent pas que la médiation ait lieu avec un nombre important de participants. Ainsi, les présences requises systématiquement par les requérants sont un membre de la Direction et un médiateur (médical et paramédical) selon l'objet de la doléance, et non un représentant des usagers. 2/ La médiation du 19/10/2023 est initialement hors champ de la gestion d'une réclamation, en l'absence de réclamation formalisée par la famille. Cette rencontre a été issue de la coordination et de la bonne collaboration entre la DAJ et les professionnels de santé. Le Chef de service a informé la juriste/coordinatrice de la CDU de l'évènement du 01/10/2023. Il a été décidé de laisser le temps de l'organisation des funérailles et du respect du deuil avant de contacter la famille pour présentation des condoléances et information que l'établissement demeurerait à leur disposition pour revenir sur la prise en charge. Ainsi, le 12/10/2023, un appel a été émis à la mère du patient par le Chef de service et la juriste/coordinatrice de la CDU. Lors de cet appel, la mère a émis le souhait d'être reçue à la suite de la proposition. Cette première rencontre institutionnelle est intervenue en présence de la direction déléguée de site, de la direction en charge des relations avec les usagers, du chef de service et de la juriste/coordinatrice de la CDU. Il s'agit d'une pratique institutionnelle dans le cadre de la gestion de tel évènement rare, sortant du cadre d'une gestion réclamation (non formalisée pour rappel) par la CDU. 3/ Les membres de la CDU, dont les représentants des usagers, ont été tenus informés de l'évènement et de sa gestion lors de séances ultérieures à cette rencontre.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 222 : « La transmission de l'intégralité du dossier médical n'est pas une procédure exceptionnelle contrairement à ce qui est indiqué par le CHH. D'une part, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique stipule que « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. ». D'autre part, l'article R. 1111-1 prévoit que : « L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé ou un établissement de santé, est demandé par la personne concernée, son ayant droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. ». L'article L.1111-7 prévoit une seule exception à la transmission « pour les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. ». Cependant, le droit des patients encadre la transmission des dossiers médicaux, notamment s'agissant des patients décédés. Le Code de la santé publique dispose que des informations peuvent être transmises aux ayants-droits dans le

cadre de 3 objectifs, à savoir les informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort (1), de défendre la mémoire du défunt (2) ou de faire valoir leurs droits (3). Le terme « informations » n'a pas pour objet de signifier l'intégralité du dossier médical. Le Conseil d'État (CE, 5ème - 6ème chambres réunies, 13/02/2024, n°460787) a rappelé ce principe en indiquant notamment que les ayants droits ont accès à des informations médicales du patient défunt (hors opposition de sa part de son vivant), dans le cadre des 3 objectifs légaux précités : « 6 (...) En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Ainsi " Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (...) ». Le Conseil d'Etat précise qu'il résulte de ces dispositions, éclairées par les travaux parlementaires préparatoires à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dont elles sont issues, « que le législateur a entendu autoriser la communication aux ayants droit d'une personne décédée des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par ces ayants droit à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de leurs droits. ».

Réponse de la mission : rédaction modifiée

2.8 Les signalements obligatoires aux autorités n'ont pas tous été effectués

§ 235 : « La mission estime que cette décision était inappropriée. D'une part le contact à risque n'a pas formellement été établi et d'autre part la mesure prophylactique est intervenue trop tard pour avoir un intérêt thérapeutique. Dans ces conditions, cette décision n'a pu qu'inquiéter inutilement le patient concerné. » Cependant à la lecture du courrier du patient M. A. daté du 2 octobre et reçu le 10 octobre 2023, le choix du principe de précaution a été pris. Un complément à la déclaration auprès de l'ARS a été effectué.

Réponse de la mission : Les enregistrements video confirment l'absence de contact à risque entre le témoin et le patient. Les indications de prophylaxie des infections invasives à méningocoques sont clairement définies dans l'instruction n° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 ainsi que le délai maximal de 10 jours pendant lequel ces traitements sont indiqués. La mission considère donc que cette décision était inappropriée et sans intérêt prophylactique. Elle précise sa rédaction pour plus de clarté : rédaction complétée

Chapitre 3 : Plusieurs dysfonctionnements sont mis en évidence à l'occasion du décès du patient, dont certains font l'objet d'actions correctives

3.1 Un plan d'actions pour le service des urgences a été établi par l'établissement pour répondre aux difficultés du service et aux analyses réalisées à la suite du décès du patient

§253 : « Un courrier, daté du 30 septembre 2023, a été signé par la quasi-totalité du personnel soignant du service des urgences durant le week-end du 30 septembre et du 1^{er} octobre 2023 et réceptionné à la direction le 2 octobre 2023. Selon les témoignages recueillis par la mission, ce courrier était en gestation depuis un certain temps, compte tenu des difficultés rencontrés par le service des urgences » Lors de l'entretien du 18 avril avec les enquêteurs de l'IGAS, les inspecteurs pensent que les personnels du SAU faisaient preuve de mécontentement bien avant le weekend du 30 septembre puisque le courrier est daté du jour-même. La direction leur a indiqué qu'un staff

SAU a eu lieu le 29/09 en présence médicale et paramédicale, et aucun mécontentement n'est remonté au chef de service ni à l'encadrement ou lors de ce staff. Il serait utile de le préciser au point 253.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 254 : « Par ce courrier, les personnels souhaitaient « exprimer [leur] inquiétude concernant la prise en charge des patients dans le service des urgences », en raison notamment des « nombreux dysfonctionnements liés au manque de personnel face à une activité intense » qui ont eu lieu au cours du week-end du 30 septembre, cette situation devenant selon eux de plus en plus récurrente. Ils souhaitaient alerter sur les délais de prise en charge trop longs du fait notamment

•de déclarations de tension trop tardives ;
•du manque de place dans les services d'hospitalisation entraînant un temps d'attente trop long et empêchant une prise en charge rapide des nouveaux arrivants ;

•de la surcharge d'activité du service, renforcée par la fermeture des urgences du CH de Gassin-Saint Tropez la nuit. » Le 30 septembre, l'équipe a été renforcée par un IDE en après-midi et en nuit de manière spontanée par l'encadrement. Il est notoire que l'ensemble des équipes des SAU du territoire se plaignent du manque de lits d'aval et de situations de tensions à répétition, ces sujets étaient évoqués régulièrement avec le président de la commission médicale d'établissement, le chef de service et l'encadrement

Réponse de la mission : Ces éléments contextuels sont précisés dans les sections 1.2 et 2.2.2 du rapport : rédaction maintenue

§ 255 : « En conclusion, les soignants réclament à la direction un soutien moral ainsi qu'une amélioration de leurs conditions de travail et de leurs moyens de prise en charge. » À la suite de la rédaction du courrier de pétition de l'équipe, il importe de préciser que nous avons indiqué à la mission que la gouvernance reçoit les équipes SAU en réunion plénière le mercredi 04/10 au soir et propose un plan d'action spécifique. L'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux ont salué cette réactivité.

Réponse de la mission : rédaction complétée

Titre avant § 256 : « La visite de certification de la HAS du 16 au 20 octobre pointe plusieurs points d'amélioration au niveau du service des urgences » Uniquement sur les locaux. Jamais sur les prises en charge.

Réponse de la mission : Les points d'amélioration visés par la HAS sont précisés dans la section (3.1.2) du rapport : rédaction maintenue

§ 257 : « Le CHH est donc certifié au second niveau de certification, qui en comporte quatre, et qui correspond à une certification sans conditions. » Rappel du §48 : Le taux de 97.92 % d'atteinte des objectifs du référentiel mériterait d'être mentionné (le patient 99 %, les équipes de soins 99 %, établissement 96 %). Lors de la réunion plénière de restitution, les experts visiteurs avaient souligné la dynamique de 2 services en particulier, la pharmacie et les urgences, tout en précisant que les locaux étaient l'une des problématiques prioritaires

Réponse de la mission : Même éléments de réponse qu'au §48 : rédaction complétée

§ 259 : « Le rapport de certification indique en effet que « les examens ne sont pas tous réalisés dans des locaux respectant la dignité et la confidentialité. Lors de la visite, l'ensemble des boxes étant occupés, des patients étaient sur des brancards, dans les couloirs, protégés en partie, par des rideaux mais sans sonnette d'appel ni possibilité de confidentialité, lors des examens. Un projet

d'agrandissement est prévu dans le Schéma Directeur Immobilier. » Le rapport indique également que « les locaux ne garantissent pas dans l'ensemble de l'établissement le respect de la dignité des patients ». Lors de la restitution orale IGAS du 12/06, le chef d'établissement a précisé que le CH avait retenu dans son schéma directeur immobilier (SDI) la nécessité de doubler la superficie du SAU pour proposer des conditions d'accueil en lien avec les standards, le nombre de passage, et une qualité d'accueil. Le SDI est dans une phase d'instruction avec les services de l'ARS. Comme précisé par ailleurs, le CHH est en situation d'insuffisance d'auto-financement est de ce fait dans l'impossibilité de réaliser une telle opération de travaux sans un soutien en financement. La gouvernance du CH a donc intégré cette nécessité d'étendre les locaux du SAU avant même les visites HAS et IGAS.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 260 : « Les facteurs favorisants identifiés par l'établissement à l'occasion de la RMM sont, suivant la grille ALARM :

•Liés au patient : » : Il manque des éléments médicaux dont un ATCD médical signalé par le patient a plusieurs reprises lors de sa prise en charge. Il s'agit d'un élément pourtant important lors de la prise en charge du patient. L'absence de ces éléments dans le rapport provisoire ne donne pas la même lecture de la RMM dans le rapport.

•Liés aux tâches à accomplir : Aide à la décision : Grille d'évaluation de l'infirmière d'accueil et d'orientation prise en défaut Cet élément a été rajouté. Cela n'apparaît pas dans la RMM

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 264 : « De ses entretiens avec les professionnels, la mission a pu relever que le compte rendu de la RMM n'a pas été diffusé, ni à l'ensemble des participants, ni aux équipes. Un retour oral a été fait durant un staff de service. » Un compte rendu de la RMM a été fait en staff. Le plan d'action de la RMM a été intégré au plan d'action du SAU. Aux équipes : Le compte rendu de la RMM étant couvert par le secret médical, il n'a pu être partagé avec l'ensemble des équipes mais comme relevé par la mission, les conclusions en ont été partagées avec les équipes dans l'objectif d'améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins.

Réponse de la mission : Le respect du secret médical autorise l'échange de données médicales avec l'équipe de soins telle qu'elle est définie par l'article L.1110-12 du CSP : « *ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* » : rédaction maintenue

3.3 Le plan d'actions pour le service des urgences ne couvre pas l'ensemble des dysfonctionnements constatés par la mission

§ 276 : « La grille de tri à disposition dans le Terminal Urgences est élaborée sur le même modèle que la CIMU. » Rejoint les points 15 et 25. La grille de tri utilisée par le CH est reliée au logiciel « Terminal Urgences » (TU) utilisé par le service pour la gestion des dossiers patients. Le TU/ développé par le GRADES est utilisé par de nombreux établissements. Pour modifier la grille d'accueil en lien avec le logiciel, il ne s'agit pas d'une action locale entre le CH et le GRADES mais d'une action sur l'ensemble du logiciel TU pour tous les établissements l'utilisant. Il est bien noté la recommandation numéro 15 de portée nationale proposée par la mission en la matière.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 277 : « Cette échelle de tri « TRIAGE PACA », créée en 2012, est administrée par le GRADES et est largement déployée dans les services d'urgences de la région PACA. L'utilisation de la grille French recommandée par la SFMU est préférable » L'éditeur indique ne pas être en capacité modifier pour le moment la grille de triage

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 280 : « La mission a eu accès à la fiche de poste du médecin référent en cours d'écriture. [...] Elle ne mentionne pas non plus l'ancienneté et l'expérience nécessaire pour occuper cette fonction (RFE 47 et 48). » Cette affirmation est erronée (Cf. fiche de poste : Tout médecin du service des urgences ayant validé un parcours pédagogique autorisant une prise de poste dans un service d'urgence)

Réponse de la mission : Cette mention « *tout médecin ayant validé un parcours pédagogique autorisant une prise de poste dans un service d'urgence* » fait référence aux conditions d'autorisation d'exercice de la discipline et non à l'ancienneté ou à l'expérience du praticien. Les références formalisées d'experts précisent qu'il doit s'agir d'un médecin senior, expérimenté en médecine d'urgence, capable de faire une évaluation rapide du malade et des ressources à mobiliser et recommandent qu'il ait une ancienneté de plus de deux ans d'activité en SU : rédaction maintenue

§ 280 : La simple « lecture » des examens complémentaires par le médecin référent n'est pas suffisante, les recommandations professionnelles prévoyant également lors de la phase de triage, qu'il soit procédé à son interprétation et à sa signature ». Il est admis que la lecture par un médecin veut dire interprétation.

Réponse de la mission : Les recommandations professionnelles précisent que les examens complémentaires doivent être interprétés et signés : rédaction maintenue

Recommandation n°2 avant § 283 : « Confier au médecin référent la mission de superviser l'attribution des patients au personnel soignant et médical et de veiller au respect des délais de prise en charge » Il faudrait un médecin de plus ou donner du travail en plus au médecin référent et donc moins de patients. Cela pose la question des moyens dans un contexte de démographie médicale très tendue concernant les urgences et de comment les financer.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

Recommandation n°3 avant § 286 : « Formaliser les modalités de surveillance de la file d'attente interne au service avant attribution à un IDE ou à un médecin. Définir la personne en charge (infirmier de file d'attente, médecin référent) et les actions à effectuer en cas de dépassement du délai de prise en charge » Cette recommandation pose aussi la question des moyens et de comment les financer.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 286 : « La définition de certaines tâches spécifiques n'est pas claire, en raison de protocoles indisponibles, non adaptés ou non utilisés, selon les facteurs favorisants identifiés lors de RMM portant sur d'autres EIGS liés à la prise en charge aux urgences en 2022-2023 (ex. contrôle du chariot pédiatrique). » Le chariot pédiatrique n'a aucun rapport avec la situation ayant donné lieu à la mission d'inspection. Après relecture des RMMs 2022 et 2023 elles ne comportent pas d'éléments amenant à s'interroger sur l'adaptation des protocoles

Réponse de la mission : Deux EIGS signalés les 5/12/2022 et 09/10 à l'ARS mentionnent parmi les facteurs favorisant les protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés). Un troisième EIGS

signalé le 4/01/2023 n'identifie aucun facteur favorisant mais prévoit, dans son plan d'actions consécutif à l'événement, la mise à jour immédiate d'une procédure interne : rédaction modifiée

§ 287 : « La mission a notamment pu constater qu'un certain nombre de procédures décrivant le fonctionnement du service étaient, à fin 2023, soient manquantes, soit non mises à jour depuis quelques années. A titre d'exemples : - les fiches de tâches des postes infirmiers n'ont pas été mis à jour depuis 2019, à l'exception des fiches de postes IAO et infirmier gériatrique aux urgences (IGU); Les fiches ne sont révisées que lorsqu'il y a un changement dans les tâches des professionnels ce qui a été le cas pour la fiche de poste IAO et IGU.

Réponse de la mission : La procédure de renfort ponctuel de l'effectif paramédical IDE dans le service des urgences du CHH (PRO 10945) écrite en février 2024, positionne l'IGU comme premier niveau de renfort avec pour mission de renforcer les box. Pour autant, cette tâche n'apparaît pas dans la fiche IGU (INS 9834) dont la dernière actualisation date d'août 2022 : rédaction maintenue

§ 287 : - la procédure fixant le renfort ponctuel de l'effectif paramédical IDE dans le service des urgences a été créée en février 2024, alors que le dispositif de renfort est en place depuis plusieurs mois ; Il existe un pool de suppléance de jour et de nuit venant renforcer les services dont le service des urgences si besoin. La procédure écrite en 2024 fait partie d'un plan d'action d'une RMM.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 288 : « Ce manque de formalisme est préjudiciable au fonctionnement du service, dans un contexte de fort renouvellement de l'équipe en 2022 [...] Or l'absence de règles précises et partagées peuvent dégrader l'action du service. » Ce ne sont que des suppositions négatives.

Réponse de la mission : La mission considère que l'intérêt de règles définies avec précision et partagées par tous, dans la qualité et la sécurité des soins, n'est plus à démontrer. La HAS indique par exemple dans son rapport d'analyse des EIGS en lien avec les services des urgences, publié en mai 2024, que *« dans le cadre de la certification des établissements de santé, il est demandé que la direction et la commission médicale d'établissement (CME) copilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins », en association avec les représentants des usagers (21). Pour les services des urgences, cela signifie que la gouvernance s'implique notamment dans la définition de leurs missions et de leurs règles de fonctionnement, dont les modalités d'accueil des patients, les circuits, les fonctions des personnels affectés, les procédures et protocoles afférents, etc.»* : rédaction maintenue

§ 293 : « D'autres EIGS portant sur des prises en charge au sein des urgences du CHH déclarés en 2022 et 2023 ont également pointé des facteurs favorisant liés à un manque de communication et de transmission d'informations entre professionnels du service. » Sur les 6 EIGS déclarés en 2022 et 2023 en enlevant celui concernant le patient, on ne retrouve le facteur favorisant lié à un manque de communication et de transmission d'informations entre professionnels du service que pour un d'entre eux.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 297 : « La précédente convention était principalement ciblée sur les considérations financières et ne prévoyait en effet aucun objectif ou engagement du CHITS en matière de qualité » Dans les faits, la réunion annuelle entre le SAU et le laboratoire est l'occasion d'échanger sur l'ensemble des bonnes pratiques et de disposer d'analyses comparatives avec le CHITS et ses sites de Sainte Musse et de La Seyne. Grâce à ces échanges, la politique d'investissement dans les automates est précisée pour se rapprocher des besoins de la population et de la pertinence des demandes.

Réponse de la mission : Même éléments de réponse que pour § 15 : rédaction modifiée

§ 302 : « La mission a également constaté qu'une série de modifications, suppressions et inscriptions réalisées le 1^{er} octobre après le décès du patient ne sont pas spontanément identifiables à la lecture du dossier. Elles sont mises en évidence en croisant avec le fichier des histologs et sont de nature à gêner la restitution d'un déroulé précis de la prise en charge. A titre d'exemples : A 21h18, une observation infirmière est initialement inscrite sur le dossier informatisé. Elle est complétée par le résultat d'un examen complémentaire à 21h45. L'examen des connexions au dossier relève que des éléments complémentaires y sont rajoutés à 2h42 et que la totalité de l'observation est déplacée pour n'apparaître qu'à 21h30. » Il ne s'agit pas de transformer les informations liées à la prise en charge. On complète le dossier a posteriori pour avoir la meilleure complétude du dossier, qui en corrélation avec la réalité de la gestion des urgences.

Réponse de la mission : La mission maintient ces observations qui sont factuelles et non interprétatives. Elles ont pour objectif de témoigner de la difficulté de la mission à retracer et objectiver les différentes étapes avec certitude : rédaction maintenue

§ 307 : « La fréquence prévue pour les revues des événements indésirables n'a pas été respectée. La commission de revue des EI des urgences ne s'est réunie qu'entre une et trois fois par an. En 2022, l'unique revue s'est tenue le 11 mai 2022. La revue suivante datée du 18 avril 2023 a donc traité les EI signalés entre juin 2022 et avril 2023. » La fréquence prévue pour les revues des événements indésirables n'a pas été respectée, cependant les amplitudes des réunions étaient élargies afin d'analyser le plus grand nombre de DEI

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 310 « L'augmentation des signalements d'EIGS est conjoncturelle et centrée sur le mois d'octobre 2023. Sur les six EIGS déclarés en 2023, quatre concernent des événements qui ont eu lieu en octobre 2023, dans un contexte marqué par les demandes des soignants d'améliorer leurs conditions de travail et leurs moyens de prise en charge. Depuis octobre 2023, aucun EIGS n'a été signalé à l'ARS en lien avec le service des urgences ; » Cette affirmation n'est nullement démontrée et décourage l'établissement dans sa volonté de s'inscrire dans une croissance de ces signalements. Cette approche participe à la tonalité négative du rapport provisoire.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 310 : « Les cinq signalements d'EIGS en 2023, en dehors de celui concernant le patient, sont liés aux conditions de surveillance au sein du service, selon les formulaires remplis par l'établissement. La charge de travail, le manque de moyens et la configuration des locaux sont évoqués comme une cause profonde ; » Il n'y a eu que 4 signalements d'EIGS en 2023, en dehors de celui concernant le patient. Lors de la déclaration du volet I de l'EIGS on retrouve dans la rubrique « quel est l'acte de soin impliqué » la surveillance pour deux EIGS. Les RMM réalisées ont conclu à une problématique de surveillance en cause profonde que pour l'un des deux. Pour le deuxième cela n'apparaît pas clairement (procédure risque infectieux).

Réponse de la mission : Cinq signalements d'EIGS en lien avec le service des urgences ont été transmis en 2023 à l'ARS, en dehors de celui concernant le patient : 04/01, 13/07, 09/10, 13/10, 26/10. Pour deux d'entre eux (09/10 et 13/10), la surveillance est mentionnée comme l'acte de soins impliqué dans les volets I. Les trois autres EIGS concerne des actions du patient contre lui-même (fugue, patient retrouvé au sol devant le local de décontamination après avoir ingéré des détergents, patient retrouvé au sol devant son box du CAP après s'être injecté une ampoule d'adrénaline) et l'établissement n'a mentionné aucun acte de soins impliqué dans ses déclarations. Toutefois la HAS note, dans son rapport du 25 avril 2024, que les EIGS liés à l'action

du patient (tentatives de suicide, suicides, sorties à l'insu du service) sont souvent en lien avec des défauts de surveillance des patients et l'agencement des locaux : rédaction modifiée

§ 310 : « L'établissement ne sollicite jamais l'appui d'une expertise externe pour procéder aux analyses approfondies de cet événement. En dehors du cas du patient où le recours à la SRAQ a été demandé par l'ARS, l'établissement a toujours indiqué, dans les volets 1 de ses formulaires de signalement, disposer des compétences internes pour les réaliser et ne pas souhaiter un tel appui. » Le CHH en direction commune avec le CHITS dispose dans ses équipes de nombreux experts visiteurs intervenants sur l'ensemble du territoire national en visite d'expertise.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

Recommandation n°11 avant § 324 : « Evaluer au bout de trois mois l'intérêt du poste d'agent de liaison dans l'accueil et l'information des accompagnants et envisager, si le bilan est positif, sa pérennisation et son extension aux week-ends » Cela pose la question des moyens pour élargir le temps de présence de l'agent de liaison et des moyens pour pérenniser le poste.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 328 : « Cette exigüité rend impossible la préservation de la confidentialité au niveau de la salle d'attente (cf. supra). Il s'agit d'une non-conformité à l'article D. 6124-22 du code de la santé publique. » L'article D 6124-22 du Code de la Santé publique est le suivant :

La structure des urgences et l'antenne de médecine d'urgence comprennent :

1° Une salle d'accueil préservant la confidentialité ;

2° Un espace d'examen et de soins ;

3° Au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;

4° Une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure. Dans le cas d'une antenne de médecine d'urgence, les horaires de fonctionnement de cette unité sont adaptés aux horaires d'ouverture de l'antenne.

Lorsque l'analyse de l'activité des urgences fait apparaître un nombre important de passages d'enfants ou de patients nécessitant des soins psychiatriques, l'organisation de la prise en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée est adaptée à ces patients ».

Les locaux du SAU du CHH, nonobstant leur exigüité non contestée, répondent à ces exigences réglementaires.

Réponse de la mission : Compte tenu de son exigüité, la salle d'attente des urgences ne permet pas de préserver la confidentialité et ne répond pas aux exigences du 1° de l'article D. 6124-22 du code de la santé publique : rédaction maintenue

§ 331 : « La configuration des locaux ne permet pas non plus une surveillance optimale des patients. Les différents couloirs du service ne permettent pas de maintenir un contact visuel avec l'ensemble des patients. Cette impossibilité peut également être susceptible d'engendrer des événements indésirables. Les EIGS en lien avec le service des urgences déclarés par l'établissement en 2022-2023 relèvent, dans leur majorité, d'un défaut de surveillance et la configuration des locaux y est citée comme facteur favorisant. » Affirmation erronée : sur tous les EIGS déclarés en 2022 et 2023 soit 7, le défaut de surveillance a pu être noté que pour 2 d'entre deux. Pour autant les RMM réalisées n'ont retenu la notion de surveillance en cause profonde que pour l'un des deux.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 332 : « Enfin, la gestion des flux au sein du service n'est pas conforme aux bonnes pratiques professionnelles. - [...] - Les corps des patients décédés à l'UHU sont évacués en passant par le couloir principal des urgences, frôlant les patients installés là. En visionnant les bandes de

vidéosurveillance du 30 septembre 2023, la mission a pu constater qu'un corps recouvert par une bâche a traversé le couloir sans protection visuelle supplémentaire » Précision non négligeable : Il s'agit d'un brancard spécifique au transport des décès et non d'une bâche.

Réponse de la mission : modification effectuée

Annexe 1

§ 1 : 252 lits et places comme indiqué au point 45 et au point 7 de l'annexe 1 (au lieu de 222) : il existe une discordance entre les données relevées par la mission. 10 pôles d'activités cliniques, dont 6 inter-établissements (Anesthésie, chirurgie, Gynéco-Obs, Médico-tech-diagnostic (labo, imagerie), soins ambulatoires (consultations externes, hôpital de jour), Pharmacie, et 4 internes au CHH (médecine et gastro Pédiatrie, Gériatrie, Urgences (SAU et USIP).

Pôle gériatrie = 200 places ? non, 170 lits autorisés 158 installés, plus PASA 14 places et AJA 12 places

Réponse de la mission : Même éléments de réponses que § 45 : intégration des nouvelles données

§ 7 : 64 lits de médecine au lieu de 53.

Réponse de la mission : intégration des nouvelles données

§ 23 et 28 : Erreur sur la maquette de la COJUP

Il s'agit d'une IDE / puéricultrice et non d'une AP.

Réponse de la mission : correction effectuée tableaux 4 et 5

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Famille et Entourage

Corinne	GODEFROY	Mère du patient
Ludivine	CHAPLEAU	Compagne du patient
Thomas	CALLEN	Avocat de la famille
Damien	ARNOUX	Patient présent aux Urgences le jour du décès

Agence régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur

Denis	ROBIN	Directeur Général Agence Régionale de Santé
Anthony	VALDEZ	Directeur de l'organisation des soins
Cathy	BUONSIGNORI	Responsable, Mission Inspection Contrôle Réclamations
Evelyne	FALIP	Responsable adjoint, Mission Inspection Contrôle Réclamations
Sébastien	MONIE	Directeur départemental, délégation départementale du Var
Anne	DECOPPET	Médecin inspecteur, délégation départementale du Var

Centre hospitalier de Hyères - Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne

Yann	LE BRAS	Directeur général, direction commune CHITS-CH Hyères
Jacques	LEDOUX	Directeur délégué, CH Hyères
Jean Denis	FIROLONI	Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Chef du pôle urgences – UHCD - Médecine Séjours Courts - Unité de surveillance continue, chef de service des urgences par intérim, CH Hyères
Jeanne	BELLOT	Usager, présidente Commission Des Usagers
Laurent	COIGNARD	Délégué à la protection des données (DPO)
Jean Marc	GIANGUALANO	Directeur Qualité - Gestion des risques et expérience patient
Jean Pierre	GIRAN	Président du conseil de surveillance
Frederic	RODRIGUES	Directeur des relations avec les usagers
Pascale	SMOLIK	Directrice des soins

L'ensemble des personnels médicaux et non médicaux présents dans le service des urgences lors de la période de prise en charge du patient et leurs responsables

Groupement Hospitalier de Territoire GHT du VAR

Jean Marc MINGUET Président de la commission médicale de groupement

GRADeS IeSS PACA

Benoît BRESSON Directeur

Emmanuel DOS RAMOS Médecin, gestion TU et TSMUR

SOS Médecins Var

Gérald DAUPHIN Président

Eurogroup

Arnaud MORIGAULT Eurogroup

Céline BARBOTIN Eurogroup

Centre National de Référence des infections invasives à méningocoques (Institut Pasteur)

Muhamed-Kheir TAHA Responsable

Société Française de Médecine d'Urgence

Sandrine CHARPENTIER Présidente

Catherine CAPLETTE Présidente de la Commission Risque, Incident, Sécurité,
Sûreté, Qualité

Spécialiste désigné Urgentiste, PUPH

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Spécialiste désigné Infectiologue, PUPH

SIGLES UTILISÉS

AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
ALARM	Association of Litigation And Risk Management
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
AP	Auxiliaire de puériculture
ARM	Auxiliaire de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent de services hospitaliers
CAF	Capacité d'autofinancement
CAP	Centre d'accueil psychiatrique
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CDU	Commission des usagers
CH	Centre hospitalier
CHH	Centre hospitalier de Hyères
CHITS	Centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer
CIMU	Classification infirmière des malades aux urgences
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNR	Centre national de référence
COJUP	Consultations jour d'urgences en pédiatrie
CSIS	Conseil scientifique de l'investissement en santé
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DNS	Délégation ministérielle au numérique en santé
DPI	Dossier patient informatisé
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Événement indésirable
EIGS	Événement indésirable grave associé à des soins
EN	Echelle numérique
EVA	Échelle visuelle analogique
FRENCH	French emergency nurses classification in hospital triage
GHT	Groupement hospitalier du territoire
GRADES	Groupement régional d'appui au développement de la e-santé
HAS	Haute autorité de santé
HIA	Hôpital interarmées
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGU	Infirmier de gériatrie d'urgence
IIM	Infection invasive à méningocoque
IOA	Infirmier organisateur de l'accueil

MCO	Médecin de coordination et orientation
MMG	Maison médicale de garde
MR	Médecin référent
MSC	Médecine séjours courts
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORU	Observatoire régional des urgences
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAQSS	Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PARM	Permanencier auxiliaire de régulation médicale
PEC	Prise en charge
RMM	Revue de morbidité et de mortalité
ROR	Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social
RSI	Responsable de la sécurité informatique
SAU	Service d'accueil des urgences
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAUV	Salle d'accueil d'urgence vitale
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SDO	Surface dans œuvre
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SGMCAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
SRAQ	Structure régionale d'appui à la qualité des soins
SSC	Surviving Sepsis Campaign
SU	Service d'urgences
SUDF	SAMU-Urgences de France
TDC	Toutes dépenses confondues
TU	Terminal Urgences
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHU	Unité d'hospitalisation d'urgence
USC	Unité de soins continus
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

LETTRE DE MISSION



La Ministre

Paris, le 21 Février 2024

La ministre du travail, de la santé et des solidarités
à

Thomas Audigé

Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : enquête sur les circonstances du décès d'un jeune homme à l'hôpital de Hyères.

Le 1^{er} octobre 2023, après son admission la veille aux urgences de l'hôpital d'Hyères dans le Var, un jeune homme de 25 ans est décédé, dans des circonstances que je souhaite éclaircir avec la plus grande assurance.

L'agence régionale de santé s'est attachée à établir de premiers éléments. Je vous remercie de bien vouloir diligenter une mission d'enquête sur les circonstances qui ont conduit à ce décès. L'enquête visera en particulier, sans exclusivité, à mettre à jour l'enchaînement des événements ayant conduit à ce décès.

En fonction des constats réalisés, la mission s'assurera que toutes les mesures correctrices, qui s'avèreraient utiles, dans le fonctionnement du service ou de l'hôpital, ont été prises. Elle formulera le cas échéant des recommandations de portée nationale.

La mission pourra notamment s'appuyer sur la direction générale de l'offre de soins pour la conduite de ses travaux.

Votre rapport devra m'être remis d'ici fin avril.

Catherine VAUTRIN