

Rapport d'analyse

*Décès d'un patient à l'HEGP suite à une disparition inquiétante
Mission événement analyse – Février 2017*

Avertissement : *En raison du respect du secret médical, tous les éléments relatifs à l'identification ou à l'état de santé du patient ont été retirés (signalé dans le texte par la typologie xxx).*

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	<u>3</u>
<u>I. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT</u>	<u>4</u>
<u>II. CONTEXTE DE L'ÉVÉNEMENT</u>	<u>9</u>
<u>III. ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT</u>	<u>13</u>
<u>IV. COMMUNICATION AVEC LA FAMILLE</u>	<u>16</u>
<u>V. ACTIONS IMMÉDIATES MISES EN ŒUVRE APRES L'EIG</u>	<u>17</u>
<u>VI. RECOMMANDATIONS :</u>	<u>18</u>

Introduction

Ce rapport a pour objet de comprendre le décès d'un patient au sein l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) suite à sa disparition inquiétante du service de médecine interne le 28 janvier 2017. Suite à des recherches, le patient a été retrouvé décédé le 31 janvier 2017 dans une issue de secours du parking Nord.

Objectifs de la mission

La Directrice des hôpitaux universitaires PARIS OUEST (HUPO), et le Président de la CMEL, ont chargé, le 31 janvier la mission événement-analyse de conduire une analyse permettant de déterminer les conditions dans lesquelles la prise en charge et la recherche de ce patient se sont déroulées et formuler toutes recommandations utiles pour la sécurité.

La MEA (Mission événement analyse) a été reconduite la Directrice des hôpitaux universitaires PARIS OUEST par intérim ayant pris ses fonctions le 20 février 2017.

Méthode et déroulement de la mission

◆ Méthode

La méthode utilisée est la méthode d'investigation organisationnelle et systémique (MINOS¹).

Elle comporte cinq étapes :

- Le recueil des faits,
- L'établissement du modèle de sécurité associé à la situation opérationnelle correspondant à l'événement,
- Le repérage des incohérences entre les comportements du système, constatés pendant l'évènement, et ses comportements attendus par le modèle de sécurité établi,
- L'analyse des mécanismes générateurs de ces incohérences,
- L'établissement de recommandations destinées à renforcer la sécurité du système.

◆ Personnes rencontrées

Toute les personnes ayant participé à la prise en charge ou aux recherches du patient ont été interviewées : aides-soignantes (AS), infirmières (IDE), médecins, chef de service de médecine interne, cadre du service, le cadre paramédical du pôle, responsable de la sécurité anti malveillance, adjoint au responsable de la sécurité anti malveillance, agents ayant effectué des recherches du patient, responsable de sécurité incendie, administrateurs de garde

- ◆ L'enquête interne s'est appuyée également sur les documents internes à l'établissement : procédures, documents d'enregistrement etc ...

◆ Retour d'information

Un retour d'information a été réalisé auprès de la famille et des équipes.

¹ Pariès J, Rome F, Pibarot MI, Tassaux D, 2013, Techniques hospitalières. Evénements indésirables en médecine. Une méthode d'analyse orientée gestion des risques. Technique

◆ Déclaration externe de l'évènement

Ce décès a fait l'objet d'une déclaration d'EIG (événement indésirable grave) au siège de l'AP-HP et d'une déclaration CORRUSS à l'ARS Ile de France le 31 janvier 2017. Il fait aussi l'objet d'une enquête judiciaire.

Mise en œuvre des recommandations

La directrice du groupe hospitalier décide d'une mise en œuvre immédiate de l'ensemble des recommandations proposées par la MEA et de leur suivi.

I. Description de l'évènement

Dimanche 22/01/17

17h37 : Demande de transfert de l'hôpital Sainte Anne au service d'accueil des urgences (SAU) de l'HEGP, pour hospitalisation du patient pour xxxx.

Lundi 23/01/17

3h41 : Transfert du SAU vers l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD)

14h41 : Hospitalisation du patient en médecine interne.

L'équipe médicale entre immédiatement en contact avec les médecins en charge du suivi de ce patient à l'hôpital Sainte Anne.

Le risque de fugue est souligné mais celui-ci paraît limité le jour de l'entrée, en raison d'une altération profonde de l'état général et xxxx.

La chambre du patient est sécurisée : fermeture des fenêtres, sonnette courte, retrait du miroir.

La nuit du mercredi 25 au jeudi 26 janvier : Le patient est décrit comme se promenant dans la chambre et dans le couloir. Il est ramené dans la chambre par l'IDE (infirmière diplômée d'état).

Jeudi 26/01/17 :

Retrait de l'oxygène.

Le soir, il est noté que le patient tient des propos incohérents.

Vendredi 27/01/17 :

xxxxxx

Transmission de **11h20** : Traitement médicamenteux donné et pris par le patient.

Au cours de la matinée : l'AS (aide-soignante) constate que le patient s'est absenté mais il revient pour le déjeuner.

Après la fibroscopie le patient est décrit comme déambulant. Il est vu dans l'ascenseur par le cadre paramédical du pôle.

Nuit du vendredi 27 au samedi 28 janvier :

22h : Administration du traitement médicamenteux du patient. Pas de douleur décrite

Entre 2h et 3h00 : le patient dort.

5h30 : le patient dort.

Samedi 28/01/17

7h10 : L'AS de nuit croise le patient entre sa chambre et les portes battantes. Le patient lui parle de prendre le train. L'AS le dissuade et le reconduit dans sa chambre et ferme la porte.

Vers 7h15 : Le patient est vu dans le couloir devant sa chambre avec une sur-chaussure et sa bouteille d'eau dans la main par l'AS du matin à sa prise de poste. Celle-ci le sollicite pour rentrer dans sa chambre mais le patient est réticent. Il dit "ne rien avoir signé et qu'il ne veut pas payer". L'AS le rassure et l'incite à retourner dans sa chambre et le guide vers son lit puis ferme la porte. Le patient est habillé de la même façon que la veille (polo rouge et chemise de l'hôpital) ; les pansements ont été refaits.

7h30 : Lors des transmissions, l'AS de nuit informe que le patient de la chambre 400 risque de fuguer.

Vers 7h30 : L'AS du matin revient dans la chambre du patient pour prendre sa température. Ce dernier est à nouveau à l'extérieur de sa chambre. L'AS a une conversation avec le patient qui lui demande l'heure et le résultat de la prise de Température. Le patient est de nouveau raccompagné dans sa chambre. L'AS dit au patient qu'elle va revenir pour l'aider à prendre sa douche.

7h40 : L'IDE, lors des soins, ne le trouve pas dans sa chambre, ni dans le service.

8h30 : L'AS revient dans la chambre du patient pour vérifier qu'il est revenu, constate son absence puis continue la prise en charge des autres patients.

9h00 : A l'arrivée du médecin, l'IDE est rassurée de voir que le médecin d'astreinte est le médecin responsable du secteur car elle ne connaît pas le patient. Elle fait un point avec lui et évoque l'absence du patient. Le médecin propose d'attendre un peu avant de donner d'alerte, supposant qu'il est allé à la cafétéria.

12h30 : Le patient n'est toujours pas remonté dans le service. L'AS s'inquiète et en fait part à l'IDE. Le médecin et l'IDE se mettent d'accord pour déclarer la fugue.

14h00 : L'IDE et l'AS d'après-midi arrivent dans le service. Lors des transmissions infirmières la décision de déclaration est confirmée. La démarche d'alerte est mise en place (PC de sécurité, déclaration sur le logiciel de gestion des événements indésirables Osiris, Commissariat). Une recherche du patient dans le service est réalisée à nouveau par l'AS d'après-midi.

14h35 : L'IDE du matin avant son départ du service appelle le PC sécurité et fait la déclaration de fugue dans Osiris.

L'information est transmise à l'ADS (agent de sécurité) posté à l'entrée principale (plan Vigipirate) qui se déplace immédiatement dans le service et prend l'étiquette avec l'identité du patient. Il réalise une inspection dans le service, aux alentours du pôle B, vers le pôle A, et dans les escaliers de secours et descend l'escalier jusqu'au RDC. Sans description précise du patient, l'agent de sécurité recherche un patient "perturbé".

L'IDE n'ayant jamais vu le patient prend attache auprès d'une externe, présente la veille, pour se le faire décrire.

La fiche de signalement "OSIRIS" (système informatisé de déclaration des événements indésirables) est faxée au commissariat.

15h10 L'agent de sécurité anti-malveillance est interrompu dans sa recherche pour une intervention urgente au SAU qui durera 2 heures.

15h30 : La sœur du patient se présente dans le service. L'IDE d'après-midi l'informe de la disparition du patient et des actions mises en œuvre : recherches internes et information du commissariat

16h00 : Deux proches du patient se présentent dans le service. L'IDE les informe et leur conseille de se rendre au PC sécurité.

La famille effectue également des recherches dans le service.

La famille se rend au PC de sécurité et demande à voir les images de la vidéo-surveillance. Les agents indiquent que cela est impossible.

16h30 à 16h51 : Une ronde est réalisée dans les parkings par le service de sécurité incendie

17h00 : La famille revient dans le service. L'IDE d'après-midi ayant également fait des recherches dans l'étage leur propose d'aller au commissariat. L'IDE demande si le patient aurait pu rentrer chez lui mais la sœur répond qu'il devait être encore dans l'hôpital car il n'était pas vêtu pour sortir.

Au cours de l'après-midi, l'agent de sécurité anti-malveillance réalise plusieurs rondes de recherche du patient notamment vers le pôle D et les issues de secours.

17h30 : L'IDE essaye de joindre le commissariat pour donner l'adresse du patient:

- Essai direct du numéro par le 0 : infructueux
- Passe par le standard qui a eu des difficultés pour joindre le commissariat : + de 20 minutes d'attente.
- Une fois joint, le commissariat informe qu'ils n'ont pas reçu le fax
- L'IDE faxe de nouveau la feuille sur 2 fax différents

18h30 : Le commissariat appelle l'unité de soins en présence de la sœur (venue au commissariat) pour avoir des informations.

L'IDE demande à la sœur si les affaires découvertes dans la chambre leur appartiennent ou si ce sont celles du patient qui serait revenu. Ce sont celles apportées par la famille qui passera plus tard pour les récupérer.

19h00 : L'agent de sécurité anti-malveillance transmet à ses collègues les consignes pour la recherche du patient

20h30 : La sœur est revenue reprendre les affaires qu'elle avait laissées l'après-midi et l'IDE ferme la chambre à clé.

19h24 à 21h28 : Une ronde générale du service de sécurité incendie incluant le parking Nord est réalisée.

Dimanche 29/01/17

1h00 à 3h00 : une ronde du service de sécurité anti-malveillance est réalisée incluant le parking Nord (pointage à 2h01 et 2h06)

4h00 à 6h00 : Une ronde du service de sécurité anti-malveillance est réalisée mais n'inclut pas le parking Nord.

Vers 9h00 : L'agent de la sécurité anti-malveillance passe dans le service pour savoir si le patient est revenu, et pour avoir sa description afin de poursuivre ses recherches.

10h10 : contrôle des agents de sécurité (ADS) réalisé par la société de surveillance

Fin de matinée : La famille du patient appelle. L'AS leur passe le médecin qui confirme que le patient n'est pas revenu et que les recherches sont toujours en cours.

La chambre est déclarée vide pour l'accueil de patients provenant des urgences en raison de la forte affluence liée à l'épidémie de grippe.

13h00 : Un agent de la société de nettoyage extérieure intervient dans le parking Nord pour le passage de l'auto-laveuse, parking fermé à l'accès des voitures pour cette opération.

14h00 : L'AS essaie plusieurs fois de prévenir la famille au numéro indiqué sur le billet de salle (personne à prévenir) sans succès afin que celle-ci récupère les affaires du patient. Elle ne laisse pas de message car elle souhaite avoir la famille en direct.

16h52 : Une ronde dans les parkings est effectuée par le service de sécurité incendie.

19h24 à 21h37 : Une ronde générale du service de sécurité incendie incluant le parking Nord est réalisée.

20h00 : La famille rappelle et indique qu'elle passera lundi pour récupérer les affaires.

23h à 3h : Une ronde du service de sécurité anti-malveillance est réalisée. La main courante indique un passage au parking Nord non tracé par le rapport de pointage.

Lundi 30/01

3h00 à 5h00 : Une ronde par un autre agent du service de sécurité anti-malveillance est effectuée. .

05h à 5h56 : Une ronde par un autre agent du service de sécurité anti-malveillance est faite.

Vers 8h00 : Le responsable de la sécurité anti-malveillance apprend la fugue du patient par la fiche OSIRIS et fait le lien avec le compte rendu de la main courante.

8h30 : Le staff médical débute par le rapport de fugue. Le chef de service demande d'informer l'équipe de l'hôpital Sainte Anne qui avait adressé le patient.

En milieu de matinée : la BRDP (Brigade de répression de la délinquance publique) contacte le responsable de la sécurité anti-malveillance pour savoir si le patient a été retrouvé. Le responsable de la sécurité se renseigne auprès du cadre du service et confirme le non-retour du patient.

La sœur du patient contacte le cadre du service pour savoir où en sont les recherches. Le cadre consulte le nom et les coordonnées de la personne à prévenir (ancien employeur du patient) dans IMS et lui laisse un message sur le répondeur.

10h42 : Une sœur du patient envoie un mail sur l'adresse générique de l'établissement pour transmettre la photo du patient à des fins de recherche, mail transmis à la permanence des usagers et au responsable de la sécurité.

11h10 : Le responsable de la sécurité anti-malveillance fait effectuer une nouvelle recherche par un agent de sécurité : passage dans les étages, du 8^{ème} au 2^{ème} pôle A à D et vérification des issues de secours et contact avec le cadre du service

12h02 : Un mail du responsable de la sécurité anti-malveillance est envoyé aux administrateurs de garde en 1^{er} et en 2nd (ADG 1 et 2) pour indiquer qu'un contact a été pris avec la BRPD et qu'une nouvelle ronde est en cours.

12h30 : Le responsable de la sécurité anti-malveillance fait une ronde dans le parking Sud.

Vers 12h40 : Le département de gestion des risques prend connaissance du mail de la famille et appelle la sécurité et le service de soins pour refaire un point de l'avancement des recherches et demande que l'information soit transmise au pôle de recherche des patients hospitalisés à l'AP-HP.

12h44 : Le responsable de la sécurité anti-malveillance fait une ronde à l'extérieur du site et au POMA D.

12h47 : Le responsable de la sécurité anti-malveillance envoie un mail au responsable de la sécurité incendie demandant que les agents de sécurité incendie participent à la recherche du patient au cours de leur ronde (description du patient donné).

Vers 15h00, le père du patient contacte le cadre pour savoir où en sont les recherches.
La BRDP prend contact avec la sœur du patient et contacte lundi en début d'après-midi le service des relations avec les usagers pour faire un point.

15h06 : Le responsable de la sécurité incendie envoie un mail à ses agents demandant de tracer sur la main courante la recherche du patient effectuée lors des rondes et de contacter sans délai le responsable de la sécurité anti-malveillance dans le cas où le patient serait retrouvé.

16h06 : Le signalement de la disparition d'un patient à HEGP est à nouveau faxé au commissariat par le cadre de médecine interne.

Le cadre du service de médecine interne contacte également le pôle des recherches des patients AP-HP.

16h34 à 17h15: Une ronde parking est réalisée par un agent de sécurité incendie.

16h59 : Des consignes sont laissées par le responsable de la sécurité aux agents de sécurité dans le carnet de bord: « *Tout problème doit être signalé à l'administrateur de garde en second. Dans le cadre de vos rondes, il faut vérifier les recoins et inscrire vos passages et recherches de la personne du patient qui a fugué du 8^{ème} samedi.* »

L'adjoint au responsable de la sécurité ajoute au carnet de bord: « *Ce soir pas de visuel par caméra soyez attentifs lors de vos rondes et bien vérifier les fermetures* ».

18h33 : Des consignes de recherche du patient et sa description sont passées aux agents de sécurité incendie : « *Merci lors de vos déplacements et rondes de sécurité de signaler sur vos rapports main courante « patient en fugue non repéré ». Dans le cas où vous le trouveriez le mentionner aussi sur la main courante et prévenir la sécurité anti-malveillance sans délai.* »

19h20 : Une ronde générale du service de sécurité incendie est réalisée et ciblée sur la recherche du patient disparu.

22h25 : contrôle de la société de surveillance

23h00 à 3h 00: Une ronde est faite par le service de sécurité anti malveillance incluant le parking Nord (pointage Parking Nord 2h28)

Mardi 31.01.16

3h à 4h00 : ronde tracée dans la main courante non pointée.

4h00 à 5h00 : Une ronde est réalisée par un autre agent du service de sécurité anti malveillance et n'inclut pas le parking Nord.

5h03 à 5h58 : Une ronde est réalisée incluant un passage au parking Nord.

Vers 9h00 : La « personne à prévenir » rappelle le cadre du service et indique qu'il va se mettre en relation avec la sœur du patient

Au cours de la matinée, contact entre une sœur du patient et le cadre de santé

11h35 : la mission sécurité du siège demande une recherche dans l'ensemble des sites de l'AP-HP.

12h41: Un agent de sécurité incendie déclare avoir trouvé un homme décédé au pôle D niveau parking Nord. Les réanimateurs sont appelés. Au vue du bracelet du patient, il est constaté qu'il s'agit du patient recherché.

13h00 : La Directrice du groupe hospitalier est informée du décès du patient en même temps que de la fugue. Elle déclenche une cellule de crise. Le commissariat est appelé.

Le chef de service de Médecine Interne constate le décès en présence de la police.

L'équipe de l'hôpital Sainte Anne est informée du décès par le médecin du service.

A la demande du procureur, la famille a été informée du décès du patient par la police au cours de sa présence sur le site de l'HEGP.

II. Contexte de l'évènement

II. 1 Le patient

XXXXX

Tous les éléments relatifs à l'identification des personnes et à l'état de santé du patient ont été retirés du rapport mais communiqués à la famille

II. 2 Le service de sécurité anti-malveillance

La sécurité anti-malveillance est placée sous la responsabilité du chef de sécurité anti-malveillance. Les agents de sécurité (ADS) appartiennent à une société de prestation de service externe.

Le schéma de sécurité précise l'emplacement des ADS : poste de travail, missions, organisation horaire.

Depuis la mise en œuvre du plan vigipirate-attentats, les entrées font l'objet d'une surveillance, un autre ADS est posté au PC sécurité (vidéo-surveillance : 80 caméras), des rondes de surveillance préventives ont lieu avec un passage systématique dans les parkings.

Depuis septembre 2016, il est constaté un dysfonctionnement d'une partie des enregistrements du système de vidéo-surveillance et d'un écran du PC de sécurité (1/3). L'écran non opérationnel est celui qui reporte les enregistrements des caméras autour et dans le parking Nord.

Un marché public (opération à 150 000 €) a été lancé par les services techniques afin d'augmenter l'étendue du système (+8 caméras), d'améliorer la qualité visuelle et de remettre en fonctionnement les enregistreurs.

L'opération de travaux débute le lundi 30 janvier à 12h 59 et rend indisponible, à partir de ce moment-là, l'ensemble du système de vidéo-surveillance (vision + enregistrement). Une remise en fonction se fait progressivement à partir du 1^{er} février vers 13h30. Le système est totalement opérationnel le 2 février 2017 (écran, vision, enregistrement).

II. 3 Locaux de l'Hôpital européen Georges-Pompidou

L'Hôpital européen Georges-Pompidou comprend 5500 portes et de nombreux escaliers. Cela rend les recherches de patient complexes et longues. L'hôpital comprend, au rez de chaussée, une rue hospitalière avec des lieux de restauration et de détente utilisés par les patients et les familles.

Parking

Le patient a été retrouvé le 31 janvier derrière une porte issue de secours anti-intrusion. A ce titre, elle s'ouvre uniquement depuis le parking avec une poignée et est munie de l'autre côté d'une plaque pleine qui ne permet pas l'ouverture.

Au même niveau se trouve un escalier menant sur une petite cour extérieure contiguë au jardin de la crèche. Au sein de cette cour extérieure, une porte munie d'une barre anti-panique permet de sortir directement rue Leblanc.

Dans le cadre du plan vigipirate-attentats les grilles, entourant la petite cour, donnant sur la rue Leblanc ont été équipées de brises-vue (canisses) au printemps 2016 afin de sécuriser la crèche des enfants du personnel. La petite cour reste toutefois visible du jardin de la crèche et des étages du bâtiment.

Cette issue de secours est aussi une issue de sécurité incendie. Le dernier contrôle des accès par le service de sécurité incendie date du 20 décembre 2016 et l'issue de secours était conforme.

Entretien du parking

Un week-end sur deux, chaque parking fait l'objet d'un nettoyage. Ce jour-là, l'accès du parking concerné par le nettoyage est fermé à l'entrée des véhicules. Il reste néanmoins accessible aux piétons depuis l'intérieur de l'hôpital.

Le week-end du 28 au 29 janvier 2017, le parking Nord est fermé à l'accès aux véhicules pour entretien. Le samedi 28/01/17 vers 10h00 un agent de la société de nettoyage intervient dans le parking. Le dimanche 29/01/17 à 13h00, une nouvelle intervention par un agent de la société de nettoyage a lieu.

II. 4 Le service de médecine interne

Le service de médecine interne de l'HEGP est situé au 8^{ème} étage et comprend 57 lits. Les équipes paramédicales sont communes avec le service de gériatrie aigüe (35 lits).

Effectifs paramédicaux des services de médecine interne – gériatrie (*incluant les deux secteurs de médecine interne : B Nord et B Sud, la gériatrie, l'HDJ, la consultation, l'onco-gériatrie*)

	IDE	AS
En semaine (matin)	11	12
En semaine (après-midi)	8	8
WE (matin)	8	10
WE (après-midi)	8	8
Nuit	7	4

Le service de médecine interne a défini des effectifs de service minimum nécessaires à la sécurité de la prise en charge des patients.

	IDE			AS			CADRES
	Jour	Après-midi	Nuit	Jour	Après-midi	Nuit	
B Nord	2	2	2	2	2	1	0
B Sud	3	3	2	3	2	1	0
A	2	2	2	3	2	1	0
Db	1	1	1				
HDJ	1			1			0
Cs	1						
total:	10	8	7	9	6	3	0

Service minimum:	Cadres	0
	IDE	25
	AS	18

Effectifs paramédicaux le week-end de l'unité B Nord du service de médecine interne où était hospitalisé le patient

	IDE	AS
WE (matin)	2	3
WE (après-midi)	2	2

Le samedi 28 janvier 2017, au sein du secteur B du Nord dans lequel est hospitalisé le patient, les effectifs, le matin, sont les suivants : deux IDE, une étudiante infirmière de 3^{ème} année, deux AS, un médecin senior, un interne et un externe.

Un point d'analyse des effectifs nécessaires au week-end a été réalisé par l'encadrement avec le coordonnateur général des soins adjoint le vendredi.

Une AS ne prend pas son poste le samedi matin à 7h, ce qui avait été anticipé et analysé par l'encadrement de service. Une entraide entre AS avec le service contigu était mobilisable le cas échéant et la situation évaluable auprès de l'administrateur de garde.

Une IDE de gériatrie est venue apporter son aide à l'équipe.

Les administrateurs de garde n'ont pas été sollicités pour un renfort de l'équipe.

II. 5 Les modalités de gestion des fugues à l'HEGP

1. La prévention du risque de fugues

- Evaluation du risque de fugue par un médecin à l'admission du patient et traçabilité de cette évaluation dans le dossier du patient

- Mise en place de mesures de prévention adaptées à chaque patient

NB : Il n'y a, en médecine interne, aucune contention physique des patients y compris pour les patients à risque de fugue.

- o Port du bracelet d'identification
- o Patient installé, dans la mesure du possible, dans une chambre près du poste de soins
- o Pas de tenue de ville
- o D'une manière générale l'équipe médicale et paramédicale accepte volontiers que les patients déambulants et à risque de fugue les suivent ce qui permet de garder un œil sur eux.

- Modalités de recherche d'un patient, ayant quitté sa chambre à l'insu du personnel, établies par le service de médecine interne en complément de la procédure GH

- o En semaine : Le cadre prend en charge les modalités de recherche et d'alerte. Recherche du patient dans l'unité et les autres secteurs de l'étage. Sans résultats, deux agents (*le plus souvent AS, externes, cadres*) poursuivent la recherche en descendant l'un par le pôle A et l'autre par le pôle C du 8^{ème} au RDC. Ils se croisent ensuite dans la rue hospitalière puis remontent par le pôle B.
- o La nuit et le week-end, en raison de l'effectif réduit et de l'absence d'un cadre dans le secteur, le patient est recherché par l'AS et l'IDE au sein de l'unité et de l'étage. En fonction de la charge de travail, ils peuvent descendre dans la rue hospitalière à la recherche du patient sinon ils initient la procédure de fugue et contactent le PC Sécurité.

2. La procédure HEGP de gestion des fugues

NB : La procédure « conduite à retenir en cas de fugue ou de disparition de patient » et une check-list « en cas de fugue d'un patient à l'HEGP » sont disponibles dans le logiciel Kaliweb² et accessibles via la fiche Osiris³ qui est disponible sur tous les postes de travail informatiques.

La fiche de signalement de fugue du système Osiris de déclaration d'événements indésirables a été modifiée en septembre 2016 dans le cadre du renouvellement de l'autorisation par la CNIL pour l'ensemble de l'AP-HP.

Avant ce changement, la fiche permettait de décrire les caractéristiques physiques du patient recherché (taille, corpulence, couleur des yeux et des cheveux, signes particuliers, habits, adresse, lieu fréquenté..). Cette fiche pouvait ainsi être imprimée et faxée au commissariat après avoir été identifiée. Depuis septembre 2016, suite aux recommandations CNIL, les aspects descriptifs du patient ne sont plus possibles à saisir, ce qui a conduit à modifier la procédure en introduisant un "formulaire de signalement" à remplir manuellement avant de la faxer. Cette fiche de signalement est accessible à travers un lien présent sur la fiche Osiris elle-même ainsi que par l'intranet et le système de gestion documentaire "Kaliweb" du Groupe hospitalier.

Cette modification de procédure est annoncée sur la page de déclaration des fugues dans Osiris et a fait l'objet d'un mail d'information aux cadres de santé à la direction des HUPO, aux administrateurs de garde et aux services de sécurité anti-malveillance des 3 sites des HUPO le 31 août 2016.

La procédure et la check-list prévoient :

- La recherche du patient par le service de soins,
- L'information : du cadre de l'unité, du service de sécurité (en précisant l'identité du patient et sa tenue), du médecin, de la famille, du Directeur ou de l'administrateur de garde,
- Signalement de la fugue dans Osiris et renseignement du formulaire « signalement de la disparition d'un patient »,
- Evaluation de la nécessité de transmettre le formulaire au commissariat,
- Transmission du formulaire de « signalement de la disparition d'un patient : au PC sécurité, au commissariat de police, au bureau de recherche des patients hospitalisés de l'AP-HP,
- Adaptation des modalités de recherche : possibilité de solliciter les services techniques pour les recherches dans des locaux dépendants de leur activité.

Une procédure interne (*datant de 2008*) au service de sécurité anti-malveillance décrit les modalités de gestion des « fugues de personne »:

- Déplacement immédiatement dans le service d'un agent afin de récupérer la description du patient et son étiquette nominative,
- Surveillance des sorties (Entrée principale, accès vers la place Cohen et accès vers la rue Balard),
- Interception des personnes ayant un comportement inhabituel,
- Traçabilité dans la main courante,
- Information immédiate du chef de la sécurité anti-malveillance ou de son adjoint et de l'ADG,
- Réalisation de rondes complètes aux abords immédiats de l'hôpital, l'intérieur et les sous-sols,
- Information élargie, en cas de non découverte rapide, à tous les intervenants susceptibles d'évoluer dans l'enceinte de l'hôpital : agents de la sécurité incendie,

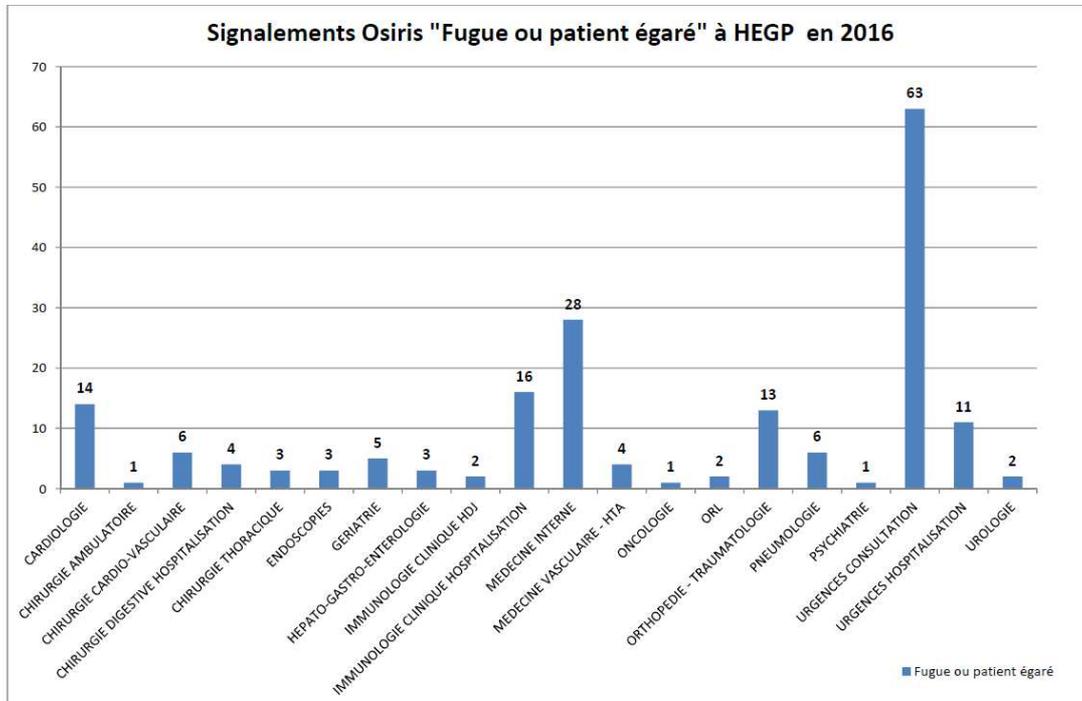
² Kaliweb : Système de gestion documentaire

³ OSIRIS : Système de déclaration des événements indésirables

- Passage obligatoire des consignes à la relève.....

3. Fugues déclarées dans Osiris en 2016 à l'HEGP

Le terme de « fugues » déclarées dans Osiris recouvre tous les départs à l'insu du personnel incluant des sorties contre avis médical non signées par le patient mais également des départs suite à des consultations en urgence.



III. Analyse de l'évènement

L'évènement analysé est un décès consécutif à une disparition du patient au cours de son hospitalisation en médecine interne. Il se rattache au processus de gestion des fugues / disparition de patient en MCO. Le point de perte de contrôle⁴ retenu est l'absence de réévaluation collégiale de la « fugue⁵ » a priori simple en disparition inquiétante.

III.1 Analyse

Mesures mises en œuvre

- Le patient portait un bracelet d'identification.
- Des recherches du patient au sein de l'unité et de l'étage par le personnel de l'unité de soins ont été réalisées dans le service et à l'étage dès le constat de la disparition du patient.
- Le service de sécurité anti-malveillance, prévenu à 14h38, monte immédiatement dans le service pour récupérer une étiquette du patient et sa description conformément à la procédure.
- 30 rondes et recherches du patient ont été menées entre la déclaration de la fugue et la découverte du patient dont 9 passages au parking Nord
 - 2 recherches par le service de soins,

⁴ Perte de contrôle : Etat défaillant qui a conduit à l'accident

⁵ Le terme de « fugue » recouvre tous les départs à l'insu du personnel quelle qu'en soit la gravité.

- 9 rondes et recherches par le service de sécurité anti-malveillance dont 3 passages au parking Nord,
- 19 rondes de sécurité « incendie » dont 6 passages au parking Nord.
- Déclarations de la disparition du patient au commissariat de police : le samedi 28/01/17 à 14h35 puis vers 17h00⁶. Cette dernière déclaration est précédée d'un échange téléphonique. Plusieurs contacts téléphoniques avec la BRDP à partir du lundi. Une déclaration de fugue est adressée au commissariat le lundi à 16h06.
- Déclaration de la disparition du patient au pôle de recherche des patients le lundi après-midi.

Ecarts relevés dans le processus de gestion de la disparition de Mr R :

- Le risque de fugue n'est pas réévalué au cours du séjour en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient qui commence à se promener à partir de la nuit du 25 au 26 janvier. Il a été évalué à l'arrivée du patient comme faible compte tenu de son état de santé précaire à son arrivée et tracé dans le dossier.
- Le patient est hospitalisé dans une chambre située à l'extrémité du service. En milieu de semaine, il y a une volonté de l'équipe de rapprocher le patient du poste de soins. Mais en raison de multiples facteurs (« plan hôpital en tension », précautions complémentaires d'hygiène pour les patients grippés et de la présence de patients nécessitant une surveillance étroite (*2 personnes en fin de vie et 1 patient atteint de drépanocytose*)), cela n'est pas possible, d'autres patients étant prioritaires pour une installation dans les chambres proches du poste de soins.
- Signalement tardif de la fugue du patient au service de sécurité et au commissariat de police. L'absence du patient a été constatée à 7h40 et signalée au médecin à 9h00. La veille de sa disparition, le patient a été vu descendre au RDC de l'hôpital et remonter dans la matinée. L'absence n'est donc pas jugée inquiétante dans la matinée. A midi, le patient n'étant pas rentré, l'IDE fait part de son inquiétude au médecin. Ensemble, ils décident de signaler cette fugue, ce que fait l'IDE après le pic d'activité de la mi-journée et les transmissions à sa collègue à 14h35. Il lui est impossible de faire la description du patient dans la mesure où elle ne l'a jamais vu. Elle prend les informations auprès d'une externe qui avait vu le patient au cours de la semaine.
- L'IDE applique l'ancienne procédure de fugue : elle n'a pas connaissance de la modification récente de cette procédure et ne voit pas l'alerteur OSIRIS quand elle fait son signalement. Elle n'imprime pas la check-list et ne remplit pas le formulaire de signalement de fugue permettant de décrire le patient. Elle faxe donc la fiche OSIRIS ne comprenant aucune donnée descriptive du patient au commissariat. . Le fax lui délivre un accusé de réception
Vers 17h00, après un contact téléphonique avec le commissariat, l'IDE d'après-midi faxe à nouveau la fiche Osiris complétée du nom et de l'adresse du patient.
- La famille est prévenue tardivement lorsqu'elle se présente en début d'après-midi dans le service et l'inquiétude manifestée ne va pas amener à informer l'ADG ou le responsable de sécurité.

⁶ Fax avec accusé de réception

- L'administrateur de garde n'est pas informé durant le week-end par le service et les ADS : absence d'évaluation collective de la gravité de la disparition inquiétante.
- La directrice du groupe hospitalier n'est pas informé de cette disparition jusqu'au mardi 13h00.
- Les agents de sécurité anti-malveillance n'informent pas le responsable sécurité anti-malveillance comme le prévoit la procédure interne
- Non réception par le commissariat du 1^{er} fax d'alerte de disparition du patient (fiche Osiris) : le premier fax transmis au commissariat n'a pas été réceptionné par celui-ci. C'est corrigé par un 2^{ème} envoi l'après-midi.
- La vision du patient par le système de vidéosurveillance derrière la porte n°N0-1EE35 est impossible en temps réel en raison de la panne de l'écran sur laquelle la caméra n° 35 transmet les images. De plus, les ADS n'étant pas autorisé à visionner a posteriori les images, cette démarche n'est pas engagée.
Enfin l'équipe de sécurité anti-malveillance est informée de l'opération de maintenance sur le système de vidéo surveillance programmée le lundi matin et pense que les images ne sont pas accessibles.
Les images ne seront accessibles que le jeudi 2 février après intervention de la société et révéleront que le patient pousse la porte de l'issue de secours dès la matinée du samedi.
- Les rondes sont des rondes de surveillance et non exclusivement des rondes de recherche de personne. Pas d'ouverture, au cours des rondes du 28 janvier au 31 janvier, de la porte n°35.
- Les remarques des proches insuffisamment prises en compte : le patient était pieds nus, donc probablement encore dans l'enceinte ; leur demande de visionner les enregistrements de la vidéo-surveillance ; la diffusion de la photo du patient à des fins de recherche.

III. 2 Analyse des facteurs contributifs⁷

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Selon les professionnels, l'activité est particulièrement intense dans le service de Médecine Interne pour un week-end dans une période de grippe et de patients « lourds » (fin de vie, patient drépanocytaire).
- Un nombre important d'interventions du service de sécurité le 28/01 ont nécessité la mobilisation des deux agents de sécurité aux Urgences.
- Le parking dans lequel le patient a déambulé avant de pénétrer dans le local était fermé pour nettoyage tout le week-end.
- L'issue de secours réglementaire où le patient a été retrouvé n'est jamais utilisée. La porte située dans la cour extérieure en haut de la volée d'escalier et qui permet de sortir de l'enceinte de l'établissement n'est, elle non plus, jamais utilisée et difficile à ouvrir.

⁷ Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. Charles Vincent

- L'écran retransmettant les caméras de surveillance est hors service et doit être changé dans la semaine suivante. Le service de surveillance anti-malveillance ignore que malgré la panne d'écran, les caméras enregistrent jusqu'à l'opération de maintenance du lundi.
- Le système de vidéo n'est plus accessible le lundi midi du fait de l'opération de maintenance.

Facteurs liés à l'organisation

- Le service permet la mobilité des patients au sein de l'hôpital dans le respect des libertés individuelles. Les patients n'informent pas toujours l'équipe de leurs allers et venues. Ils sont généralement de retour rapidement.
- En semaine, le cadre prend en charge les alertes et les modalités de recherche de patient, ce qui n'est pas le cas le week-end puisqu'il n'y a pas de cadre présent dans le service. . Les médecins ne sont pas associés au processus d'évaluation de la situation du patient.
- Les bandes vidéo ne sont jamais utilisées comme outils de recherche en cas de disparition par le service de sécurité anti-malveillance.

Facteurs liés aux tâches à effectuer

- Méconnaissance du fonctionnement d'Osiris: l'IDE pense que ce signalement sera lu par la direction le jour même

Facteurs liés au dispositif de sécurité

- Le patient n'était pas visible de la rue en raison des brises vue (cannisses) installés dans le cadre du plan vigipirate-attentats.
- Absence d'information sur le changement des modalités d'appel du commissariat : Le numéro inscrit dans les différents documents renvoyait vers un numéro surtaxé (3430), seul numéro possible, mais qui ne pouvait être appelé directement par les services de l'hôpital (passage par le standard, ce que fait l'infirmière.

Etat de santé du patient :

xxxxxx

IV. Communication avec la famille

Samedi 28/01 : Une sœur ainsi que deux proches du patient ont été reçus, au cours de l'après-midi au sein du service de médecine interne, par l'infirmière d'après-midi. Les proches ont été informés de la « fugue » du patient et des recherches effectuées au sein de l'établissement par le service de sécurité et de l'information du commissariat.

Dimanche 29/01 : Un nouveau contact a eu lieu entre la famille et le service de médecine interne.

Lundi 30 janvier : Une sœur du patient adresse un mail avec une photo du patient afin de faciliter les recherches sur l'adresse mail générique de l'établissement. Une sœur du patient contacte le cadre de la médecine interne pour avoir des informations sur l'avancée des recherches. Un message est laissé par le cadre sur le numéro de téléphone de la personne à prévenir, qui est l'ancien employeur. Ce dernier rappellera le lendemain. Le père du patient contacte le cadre, en début d'après-midi, pour avoir des nouvelles.

Mardi 31 janvier : Vers 9h00, l'employeur du patient recontacte le cadre de santé suite au message laissé et indique qu'il va se rapprocher de la sœur du patient. Une autre sœur du patient habitant en province appelle le service pour demander des nouvelles et faire part de son inquiétude.

A la demande du procureur, la famille a été informée du décès du patient par la police au cours de sa présence sur le site de l'HEGP.

La police a, à ce moment-là, souhaité que l'HEGP ne prenne pas l'initiative d'un contact avec la famille.

Au cours de l'après-midi, deux frères du patient ont contacté par téléphone la Directrice de l'établissement et l'une des sœurs est venue au sein du service de médecine interne.

Cette dernière a été reçue par le chef de service de médecine interne, le Coordonnateur général des soins adjoint, le cadre supérieur de santé de service d'accueil des urgences et la directrice de l'établissement.

Au cours de cet entretien, nos condoléances et excuses ont été adressées à la famille. Sont évoquées les circonstances de sa disparition et une proposition de mise en place d'un soutien psychologique si besoin.

Judi 2 février : la sœur du patient a demandé à avoir accès au dossier médical du patient. En accord avec les services de police, une copie du dossier médical lui a été remise le 3 février 2017 par le chef de service de médecine interne, la Directrice du pôle qualité, gestion des risques et relations avec les usagers et la responsable du département des relations avec les usagers.

Vendredi 24 février : L'enquête étant en voie de finalisation, la direction de l'HEGP a proposé à la famille de les recevoir pour les informer, en toute transparence, de l'état d'avancement de l'enquête interne diligentée à la suite du décès du patient au sein de l'établissement. Un contact a été établi avec l'une des sœurs du patient qui après en avoir parlé avec sa fratrie, a accepté une rencontre le 27 février 2017.

Lundi 27 février : Rencontre entre la famille (3 sœurs, 1 frère, 1 neveu et 1 nièce) ainsi que leur avocat et la directrice du groupe hospitalier, le chef de service de médecine interne et la directrice du pôle qualité, gestion des risques et relations avec les usagers. A la demande de la famille et de l'avocat, les lieux où le patient a été retrouvé sont visités. Il est demandé par l'avocat des éléments complémentaires concernant le dossier de soins du patient.

V. Actions immédiates mises en œuvre après l'EIG

- Révision et maintenance de la porte extérieure du local où a été retrouvé le patient afin de s'assurer de son ouverture facile.
- Rappel des consignes de signalement des disparitions de patients auprès du service concerné : transmission de la procédure et des documents de Check-list et d'éléments de description du patient à faxer.
- Message de la Directrice à l'ensemble des adresses mail du Groupe Hospitalier pour rappel des consignes et des démarches à effectuer en cas de disparition de patient.
- Rappel de l'information immédiate du Directeur du GH aux ADG et équipe de direction en cas d'événement grave.
- Mise à jour du numéro de téléphone du commissariat avec possibilité d'accès à ce numéro surtaxé pour tous les postes de l'hôpital.
- Consigne donnée au responsable de sécurité anti-malveillance d'utiliser la vidéosurveillance pour visionner rapidement les images dans le cadre de recherche de patient.
- Changement de la poignée de la porte de l'issue de secours du parking à l'issue de secours permettant une ouverture dans les deux sens.

- Demande au directeur du pôle investissements- travaux de vérifier de l'ensemble des issues de secours de l'établissement et la signalétique mise en place dans les parkings.

VI. Synthèse des dysfonctionnements et recommandations

- Absence de respect de la procédure de fugue
 - Absence de réévaluation de la fugue en disparition inquiétante dans les délais et dans la chaîne d'alerte et notamment absence d'alerte au directeur de garde le week-end, puis au directeur de GH.
- Des carences dans l'organisation des recherches:
 - Non utilisation du système de vidéo surveillance en rétrospectif, sa panne d'écran, son arrêt et sa non connaissance qui empêche l'accès aux images avant le décès.
 - Des rondes qui sont des rondes de surveillance et non exclusivement des rondes de recherche de personne, une absence de plan de recherche ou de plan de fouille. Pas d'ouverture de la porte 35.
- Une prise en compte insuffisante des proches :
 - Non prise en compte de leur remarques : sur le fait qu'il était pieds nus, donc forcément encore dans l'enceinte et sur leur demandes d'utilisation des bandes
 - Non mobilisation sur les photos et les avis de recherche

Recommandations

1. Modifier la procédure de gestion des "fugues "

- Systématiser la concertation entre le service, le service de sécurité, et l'ADG lors d'une disparition de patient afin de graduer les modalités de recherche de patient : impliquer les agents de sécurité incendie (rondes pointées dédiées), les services techniques dans les recherches.
Répartition du quadrillage de l'établissement entre les agents du service de sécurité incendie et anti-malveillance.
- Préciser que l'interlocuteur principal du service de soins et du service de sécurité anti-malveillance en cas de fugue est l'ADG (7j/7 et 24h/24). Selon la situation, la nuit et le week-end, l'ADG pourra décider de solliciter le responsable du service de sécurité anti-malveillance ou son adjoint.
- Elaborer des critères objectifs permettant de définir le caractère "inquiétant" d'une disparition (pathologie, saut de repas, tenue au moment du départ, retard de traitement, risque pour lui-même, fugue antérieure...) et incluant une notion de délai de déclaration à définir avec les professionnels et incluant la famille ou les proches.
- Mettre en place un double niveau d'alerte : alerte simple ou renforcée en fonction des critères définis.
- Inclure le système vidéo dans le processus de recherche (ou autres processus): caméra à chaque sortie et dans les zones isolées, faciliter l'accès aux vidéos enregistrées.
- Remplacer le terme de "fugue" par le terme de "disparition inquiétante » de patient
- Etre vigilant à l'information des proches ou de la famille au plus près de la constatation de la disparition
- Systématiser l'information des autres services de soins en cas de « disparition inquiétante » d'un patient afin de renforcer la vigilance.
- Définir les modalités de réattribution de la chambre d'un patient ayant fugué.

- Inclure les directeurs de site dans les destinataires des fugues déclarées dans OSIRIS afin d'avoir un niveau de vigilance supplémentaire.

2. Faciliter la déclaration de Fugue

- Améliorer le système de signalement des fugues pour permettre la saisie des éléments descriptifs et ainsi les faxer directement au service de sécurité anti-malveillance et au commissariat
- Evaluer la possibilité d'incorporer systématiquement une photo dans le dossier afin de pouvoir l'extraire et la diffuser (en interne et aux autorités) si nécessaire sous réserve de l'accord du patient.

3. Renforcer le contrôle des accès internes et faciliter les recherches :

- Réaliser une étude de faisabilité visant à limiter les accès des zones non publiques au -1 (parking, locaux techniques) par un accès sécurisé (badge)
- Implanter une caméra à la sortie du service de médecine interne côté issue de secours /ascenseur panoramique.
- Implanter une caméra extérieure, au niveau de l'escalier n°35 pour disposer d'une couverture totale de cette zone.
- Mettre en place des pointeaux de rondier pour s'assurer du passage des rondiers. L'un des récepteur pourra être mis à l'endroit où a été trouvé le patient.

4. Sensibiliser les professionnels au risque de fugue

- Améliorer la connaissance de la procédure de signalement des disparitions de patients.
- Sensibiliser davantage le corps médical aux événements indésirables et Evénement Indésirable Grave (EIG) et inclure une évaluation systématique médicale du danger couru par le patient.
- Sensibiliser aux risques de fugue, les personnels nouvellement affectés dans les services.
- Renforcer la formation des agents de sécurité incendie et anti-malveillance aux modalités de recherche (ouvrir toutes les portes, repasser plusieurs fois, explorer les recoins et sous-pentes, etc...).
- Mieux faire connaître le rôle de l'ADG.
- Mieux faire connaître, aux équipes médicales, la gestion des EIG et le système de déclaration OSIRIS.
- Homogénéiser les pratiques des ADG concernant la gestion des fugues.