

**Rapport sur les bonnes pratiques  
en matière de sécurité  
des patients âgés atteints de troubles cognitifs  
à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris**

**Missions confiées par le Secrétariat Général**

Pr Yves de Prost  
Général Gérard Browne, puis Général Jean-Michel Olivieri  
Serge Verdier  
Jean-Claude Richard

*Rapport remis le 30 mai 2013*

**Rapport des groupes de travail  
sur les bonnes pratiques en matière de sécurité  
des patients âgés atteints de troubles cognitifs à l'AP-HP**

I-	Rapport .....	3
II-	Liste des annexes .....	10

<p style="text-align: center;"><b>Rapport des groupes de travail sur les bonnes pratiques en matière de sécurité des patients âgés atteints de troubles cognitifs à l'AP-HP</b></p>
---

**PREAMBULE :**

Rappel du contexte et des objectifs :

Le 18 janvier 2013, un événement grave est survenu à l'hôpital Sainte-Périne, entraînant le décès d'une patiente âgée de 90 ans qui avait fugué du service où elle était hospitalisée et dont le corps a été retrouvé dans le parc.

Le 25 janvier 2013, la Secrétaire Générale de l'AP-HP, Monique Ricomes, a missionné le Pr Yves de Prost, médiateur médical central et le général Gérard Browne (auquel le général Jean-Michel Olivieri a ensuite succédé), Délégué de Défense et de Sécurité et Conseiller pour la Sécurité Générale à la Direction Générale, ainsi que Serge Verdier et Jean-Claude Richard (ingénieurs généraux), pour constituer deux groupes de travail (lettres de mission en annexe n°1 et 2).

Un rapport a par ailleurs déjà été produit par la Direction de l'Inspection et de l'Audit sur les circonstances précises de l'événement sur le site de Sainte-Périne.

Le but des recommandations émanant de ces deux groupes de travail est de définir les bonnes pratiques en matière de dispositifs de prévention des fugues des patients âgés désorientés à l'AP-HP et les recommandations pour rechercher efficacement les patients en cas de fugue.

Le Pr Yves de Prost a été plus spécifiquement mandaté pour piloter un groupe de travail pluridisciplinaire sur les bonnes pratiques en matière de sécurité des patients âgés souffrant de troubles cognitifs, avec l'appui du Pr Christian Richard, coordinateur des risques associés aux soins.

Le Général Gérard Browne (puis au général Jean-Michel Olivieri), Serge Verdier et Jean-Claude Richard, ingénieurs généraux, ont été plus spécifiquement mandatés pour piloter un groupe de travail sur les dispositions techniques de sécurité et l'organisation des recherches.

L'objectif de ce travail est d'aider les établissements à prévenir ce type d'accident et donner des recommandations sur l'attitude en urgence à avoir devant la fugue d'un patient.

Ces recommandations, qui peuvent parfois aboutir à une liberté de mouvement réduite des patients, doivent toujours comporter une réflexion éthique en tenant compte de la protection et du respect de la personne humaine.

Définition des fugues en milieu hospitalier :

La fugue d'un patient suppose que le patient ait été admis à l'hôpital administrativement. La fugue est distincte de la sortie du patient contre avis médical. Il ne sera pas abordé ici spécifiquement la fugue d'un patient hospitalisé en soins psychiatriques sous contrainte dans un établissement d'accueil habilité.

Définition retenue par les groupes : la fugue est le fait de quitter une unité de soins (hospitalisation ou service des urgences) à l'insu du service et du personnel.

Tout professionnel qui est confronté au risque de fugue se retrouve face à une contradiction d'objectifs: il doit garantir la sécurité du patient, tous en respectant sa liberté, notamment celle d'aller et venir. Dans ces conditions, il est important de concilier la contrainte de sécurité des patients et la contrainte du respect des droits des personnes.

## **1 – ETAT DES LIEUX :**

### **Nombre de fugues :**

Nous ne disposons d'aucun chiffre exact concernant le nombre de fugues dans les sites de l'AP-HP :

- 1200 cas ont été relevés en 2012 par le service des « recherches de patients hospitalisés » (Département des Droits du Patient et des Associations/DSPC) sollicité en cas de fugue, mais ils ne reflètent pas tous les cas réels : certains sites ne communiquent pas ces informations, ou seulement en cas de risque majeur ;
- 2689 signalements OSIRIS concernent l'item « fugue ou patient égaré », néanmoins ce thème comprend aussi les sorties contre avis médical et apparaît assez peu précis.

Les fugues représentent par ailleurs 11% de la catégorie B dans Osiris (« organisation des soins et relations patients »), et quelques hôpitaux essaient de faire des extractions par catégorie de patients. On note néanmoins une grande hétérogénéité dans le traitement de la gestion des risques selon les hôpitaux.

Il peut s'agir d'un événement sans conséquences graves, mais certaines fugues sont des événements indésirables graves (EIG) : cinq décès suite à des fugues ont été recensés à l'AP-HP dans les cinq dernières années.

A ce titre, les fugues nécessitent une étude prospective ainsi que des démarches d'analyse et de retours d'expérience.

En cas de fugue, il faut inciter le personnel à utiliser OSIRIS de manière appropriée (cf. annexe n°11) et à systématiquement envoyer une fiche spécifique de signalement au service des « recherches de patients hospitalisés » (cf. annexe n°14).

Du fait de l'imprécision concernant la fréquence réelle de ce type d'accident, on pourrait par ailleurs envisager une proposition de PHRI.

Il est impératif qu'à l'avenir, un état des lieux précis soit disponible à l'échelle de l'ensemble de l'institution (SSR, SLD, MCO).

En effet, les fugues et tentatives de fugues ne concernent pas que les établissements gériatriques de soins de longue durée (SLD) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais aussi les domaines de la médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), notamment dans les services d'accueil des urgences (SAU), du fait de l'augmentation de nombre de personnes âgées avec des troubles cognitifs.

## **2 – PREVENTION :**

Le risque de fugue doit être anticipé et réfléchi dès l'admission des patients à risque. La prévention repose sur l'établissement d'un diagnostic précis (interrogatoire du malade, de la famille, antécédents, étude de son comportement), détaillé dans le paragraphe suivant. Cette étape diagnostique doit être suivie, en cas de risque de fugue, d'une réflexion de toute l'équipe médico-soignante pour proposer d'éventuelles mesures à mettre en place.

### Les critères médicaux révélateurs d'une prédisposition au risque de fugue :

L'état du patient et la nécessité des contentions (de tout type : simple ceinture pour maintenir au fauteuil, barrières de lit, bracelet « anti fugue », ...) doivent être évalués dès l'admission de façon précise, avec des critères communs aux équipes, puis réévalués régulièrement (au moins hebdomadairement).

Il importe de distinguer les pratiques protocolaires en unités fermées, UHR et dans d'autres types d'unités (intervention d'un psychiatre ou non, etc.). Il s'avère néanmoins que le risque de confusion menant à la fugue est de manière générale plus élevé en début d'hospitalisation, du fait du changement d'environnement du patient.

On distingue deux niveaux de risques :

- Niveau 1 (population à risque) :
  - o capacités motrices préservées ;
  - o désorientation temporo-spatiale ;
  - o maladie d'Alzheimer ou apparentée, démence ;
  - o syndrome confusionnel ;
  - o hallucinations ;
  - o syndrome délirant ;
  - o dépression majeure (éventuellement).
  
- Niveau 2 (passage à l'acte redouté) :
  - o antécédent de fugue à domicile, à l'hôpital ou en établissement médico-social ;
  - o hospitalisation récente ;
  - o verbalisation de l'intention de partir, de rentrer chez lui ou de retrouver une personne particulière ;
  - o troubles du comportement (déambulation, absence de distinction jour/nuit, inversion du rythme nyctéméral).

**Un seul de ces items suffit pour mettre en place une démarche de prévention de la fugue.**

### La contention comme prévention à la fugue :

Toute limitation de déplacement comme toute contention doit faire l'objet d'une prescription médicale à durée déterminée, réévaluée régulièrement par l'équipe médico-soignante et reportée dans le dossier médical (DM). Elle fait suite à une décision d'équipe, correspond à un protocole, doit être signée et engage la responsabilité du médecin.

Cet encadrement implique de bien déterminer si le patient est susceptible de fuguer ou non. Il est alors nécessaire de recueillir des informations sur l'état et le comportement du patient avant son admission (à domicile, ou dans un autre établissement ou un autre service de soins).

En cas d'hospitalisation à partir des urgences, structures qui ne sont pas conçues pour accueillir ces profils, les risques de fugue sont particulièrement importants. L'identification des patients à fort risque de fugue permet de limiter ce risque en les orientant vers des établissements ou unités adaptés et sécurisés.

### L'information des familles des patients susceptibles de fuquer :

L'information aux familles sur les dangers encourus en cas de troubles du comportement ou confusion est indispensable, et l'essentiel ne réside pas dans un éventuel document à faire signer.

Néanmoins, la traçabilité de cette information doit être assurée dans le dossier médical. À cet effet, le groupe de travail propose un modèle de lettre-type qui peut être adressée aux familles des patients susceptibles de fuquer (cf. annexe n°13).

Ce texte explique pourquoi le risque de fugue du patient peut conduire à mettre en place un protocole de surveillance et de sécurité allant éventuellement jusqu'à la contention physique. Ce document pourrait figurer dans le livret d'accueil et dans le DIPEC (Document Individuel de Prise En Charge en USLD). Il a été conçu en renfort et en appui des autres démarches.

### **3 – MESURES À METTRE EN PLACE ET MOYENS :**

L'institution doit être en mesure de s'engager pour la protection des patients qu'elle prend en charge, dans la mesure des moyens à sa disposition : il est parfois possible voire nécessaire de décider que la prise en charge d'un patient serait trop lourde pour le service (par exemple en MCO) et de la refuser.

Il faut toujours garder à l'esprit que ce type de patient peut nécessiter plusieurs soignants et une disponibilité importante, notamment la nuit. L'expérience, notamment des établissements de type SLD et SSR, montre que la mesure qui a le plus d'efficacité dans la prévention des fugues reste le contact répété et la surveillance assurés par le personnel soignant.

Les mesures à prendre en cas de risque important sont souvent discutées par les équipes soignantes et les familles. Elles vont depuis des mesures de contention physique jusqu'à la pose de systèmes de vidéosurveillance et l'utilisation éventuelle de bracelets électroniques.

Ceci ne peut être fait que sur prescription médicale, en prévenant la famille (pas forcément hostile) et avec une traçabilité dans le dossier médical.

### Mesures d'identification, de surveillance et de contention lorsqu'un risque est identifié :

- bracelet d'identification (la certification suppose une attention particulière à l'identito-vigilance, mais aussi au respect des libertés individuelles et à la gestion des mesures de restriction de liberté, cf. annexe n°7) ;
- bracelet électronique (une réflexion doit être menée sur l'intérêt des divers modèles existants, sur l'emplacement des bornes, les modalités d'activation, etc.) ;
- méthodes de contention physique (patient contentonné sur son lit, patient au fauteuil lié avec des draps : à limiter autant que possible et à encadrer absolument lorsqu'elles sont indispensables) ;
- méthodes de contention chimique (cf. annexe n°6).

### Dispositifs de sécurité et de surveillance dans les services accueillant des patients à risque de fugues (cf. en particulier l'annexe n°15) :

- réflexion architecturale (parcours de déambulation, puits de lumière, aménagements divers) ;
- caméras (nombre, disposition, PC sécurité-incendie, écrans de surveillance, etc.) ;

- codes pour sortir des services (portes principales et intermédiaires, ascenseurs, sous-sols, ...);
- éclairages des parcs/jardins.

#### Formation des personnels :

- médical et soignant : sensibilisation au risque de fugue (notamment lorsque le patient doit effectuer des examens à l'extérieur de l'établissement par exemple), et présentation plus exhaustive des mesures de contention dont ils n'ont pas toujours des représentations favorables, notamment pour les personnels en MCO. Les mesures de contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours lorsqu'il n'y a pas d'autres alternatives ;
- de sécurité-incendie : explication des pathologies et troubles des potentiels fugueurs, pour permettre une meilleure compréhension et prévention de ces EIG.

#### Attitudes pratiques devant une fugue :

Les bonnes pratiques concernant l'attitude à observer en cas de fugue sont détaillées dans le « mémento de l'administrateur de garde », notamment dans sa fiche n°44 (cf. annexe n°9), intitulée « Sortie à l'insu du service : les fugues ».

Cette fiche a été actualisée par la Direction des Affaires Juridiques de l'AP-HP, en insistant notamment sur l'information immédiate du Directeur (ou administrateur de garde) et du chef de sécurité « anti malveillance » pour centraliser les informations et organiser les recherches. Le rôle du chef de sécurité « anti malveillance » est rappelé notamment pour cette organisation des recherches avec, en cas de situations inquiétantes, l'aide des personnels disponible sur le site hospitalier. De plus, les modalités de contact avec les services de police ou de gendarmerie après recherches infructueuses sont rappelées.

Une fiche complémentaire, détaillant la recherche du renseignement, l'organisation et la coordination des recherches et l'attitude pratique à adopter face à une fugue, lui est annexée (cf. annexe n°10).

Il convient par ailleurs de mettre en valeur l'existence d'une fiche de signalement standardisée éditée par le secteur de la recherche des patients hospitalisés du Département des Droits du Patient et des Associations (DSPC) (cf. annexe n°14).

La démarche doit partir du service, passer par l'administrateur de garde et éventuellement par une alerte adressée à la police. Il ne faut pas oublier d'avertir les établissements du même secteur car les patients fugueurs sont parfois retrouvés aux urgences d'un établissement voisin.

#### **4- DIMENSION ETHIQUE DU SOIN :**

Malgré la particularité de la contention en tant que soin préventif permettant d'éviter la fugue et ses conséquences, il ne faut pas négliger l'aspect éthique de la relation entre le patient et le personnel médical et soignant : la personnalisation des décisions, le souci constant de la qualité des soins et le respect de la personne humaine doivent être présents lors de toute prise en charge pour éviter les accidents.

Seront particulièrement considérées les questions d'acceptabilité des mesures (par les patients, les familles et les professionnels), d'adaptabilité à chaque patient, en vue d'adopter des attitudes personnalisées, dans un contexte de réflexion sur la liberté et le droit des

personnes. Le souci de la liberté doit être mesuré au regard des risques encourus par ces patients particulièrement vulnérables, devant être protégés dans leur propre intérêt, notamment sur certains sites aux accès peu sécurisés.

**Il est important de rappeler que toutes les méthodes de contention, ainsi que l'utilisation du bracelet électronique, doivent être des mesures d'exception et qu'aucune systématisation n'est préconisée. L'indication de toutes ces mesures ne peut se faire qu'après discussion au sein de l'équipe médico-soignante.**

## **5 – DIMENSION JURIDIQUE :**

La responsabilité d'un établissement de santé est engagée à raison des préjudices qui seraient causés à un patient (préjudices physiques et *a fortiori* décès) dès lors qu'une faute de l'établissement serait commise en lien de causalité avec ces préjudices.

Le risque de fugue peut donc entraîner un risque juridique et judiciaire pour l'hôpital : risque de responsabilité administrative de l'établissement avec indemnisation pécuniaire des préjudices pour le patient ou sa famille, voire risque d'une procédure pénale. Sur ce dernier point, la responsabilité encourue serait personnelle (médecin, cadre de santé, personnel de direction).

Même si la DAJ de l'AP-HP a eu connaissance de rares plaintes de familles (notamment pour l'infraction de non assistance à personne en danger), elle n'a jamais connu à ce jour de poursuite pénale ni condamnation.

Selon la jurisprudence administrative et les dossiers traités par la DAJ de l'AP-HP (cf. annexe n°12) en tant qu'auto-assureur, la faute de l'hôpital peut se situer à trois niveaux :

- une faute dans l'admission même d'un patient, qui en raison de son état confusionnel et de ses troubles, aurait du être orienté vers un autre établissement ou service. Ce motif de responsabilité est rarement retenu, notamment pour l'hôpital public lié par ses missions de service public ;
- une faute dans la surveillance du patient (motif le plus couramment employé) ;
- une faute dans la réaction de l'hôpital après la fugue, autant en matière de recherches mises en œuvre qu'en matière d'information de la famille.

Les juges administratifs ont toujours une appréciation concrète des faits, au cas par cas.

Cependant, on peut dégager trois critères importants :

- la prévisibilité ou non de la fugue, qui conditionne l'étendue de l'obligation de surveillance ;
- l'organisation du service, notamment par rapport aux locaux hospitaliers, aux modes de sortie possibles de l'enceinte hospitalière, aux consignes données ;
- le comportement du personnel, notamment le personnel soignant : avant la fugue (mesures de surveillance) et après la fugue (organisation des recherches, contacts avec la famille, contacts avec services de police pour recherches extérieures à l'hôpital notamment).

A cet égard , il est important de souligner que la traçabilité autant dans le dossier de soins que dans le dossier médical de chaque patient est d'autant plus importante qu'elle est un moyen de protection de l'hôpital et de ses personnels : elle démontre l'attention portée par les équipes hospitalières au risque de fugue, la coordination des équipes, l'évaluation du patient et les prescriptions médicales pour certaines mesures (dont la contention ou le bracelet électronique).



## **6 – SUIVI DES PRECONISATIONS ET AUDIT :**

Les recommandations du groupe de travail ayant vocation à être appliquées sur sites dès que possible, une évaluation et un suivi doivent être prévus dès maintenant. Une mesure de la situation doit être faite dans chaque site, puis réitérée après déploiement des mesures, à des fins de comparaison. Il est également recommandé aux établissements de faire des exercices de répétition devant une fugue simulée au même titre que l'on fait des exercices de simulation en prévention des incendies (cf. annexe n°15).

Chaque site devra être en mesure de faire un retour sur l'application de ces recommandations à échéance d'un an. Une cellule pluridisciplinaire devrait être dédiée à ce suivi (représentants de la CMEL, CLSIRMT, Direction qualité, CRUA, RU). Les comités d'éthique locaux sont invités à s'associer à cette démarche.

L'aide éventuelle de la DIA est également envisagée, notamment pour réaliser des audits sur les sites gériatriques.

## **6 – DIFFUSION :**

Ce rapport devra être présenté aux professionnels via différentes instances et équipes (CME et CME locales, CSIRMT, CRUQPC, équipes mobiles de gériatrie, DSPC (secteur de la recherche des patients hospitalisés au sein du département des Droits du Patient et des Associations) et les recommandations qui en découlent devront être enseignées lors des formations, initiales comme continues.

## **CONCLUSION :**

Ce rapport s'inscrit dans une volonté globale d'amélioration des dispositifs de sécurité de l'AP-HP. Le décès accidentel survenu à l'hôpital Sainte-Périne au début de l'année 2013 doit servir de base à une nouvelle impulsion en matière de sûreté des patients.

Les dimensions concrètes nécessaires à la sécurité des patients sont parfois difficiles à associer au respect de leurs droits, en particulier leur liberté de circuler. Néanmoins, des solutions sont possibles dans le respect de la personne humaine.

L'actualisation d'éléments existants tels que la fiche 44 du mémento de l'administrateur de garde ou la procédure OSIRIS en cas de fugue, ainsi que la mise à disposition d'outils nouveaux (lettre aux familles, fiche standardisée de signalement des fugues) devraient permettre désormais une meilleure protection des patients, tout en prenant en compte les conséquences de leur vulnérabilité.

## ANNEXES

N°1 : Lettre de mission adressée au Pr Yves de Prost

N°2 : Lettre de mission adressée au général Gérard Browne, Serge Verdier et Jean-Claude Richard

N°3 : Composition des groupes de travail

N°4 : Définition médicale de la fugue

N°5 : Critères médicaux définissant le risque de fugue chez les patients âgés

N°6 : Document publié en 2004 par l'ANSM sur la sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les patients âgés atteints de démence

N°7 : Critère 10-e du manuel de certification HAS V.2011 sur le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté

N°8 : Critère 20-b du manuel de certification HAS V.2011 sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

N°9 : Version actualisée de la fiche 44 du mémento de l'administrateur de garde (sorties à l'insu du service : les fugues)

N°10 : Fiche relative à l'organisation d'un dispositif de recherche (Général Olivieri)

N°11 : Bilan et proposition d'actualisation Osiris sur les déclarations de fugues ou patients égarés

N°12 : Fiche jurisprudence DAJ sur les fugues

N°13 : Modèle de lettre aux familles

N°14 : Modèle de fiche de signalement de sorties de patients à l'insu du personnel

N°15 : Dispositions techniques générales de sécurité à appliquer à l'ensemble de l'AP-HP

N°16 : Mesures de protection physique à mettre en œuvre sur le site de l'hôpital Sainte-Périne en prévention des fugues des patients

Paris, le 25 JAN. 2013

3, avenue Victoria  
75184 PARIS Cedex 04  
Standard : 01 40 27 30 00  
Ligne directe : 01 40 27 32 81  
Télécopie : 01 40 27 39 88

La Secrétaire Générale

à

---

LA SECRETAIRE GENERALE

Monsieur le Professeur Yves de PROST  
Médiateur médical


Objet : Lettre de mission suite au décès d'une patiente à l'hôpital  
Sainte Périne

Une patiente hospitalisée à l'hôpital Sainte Périne, présentant des  
troubles cognitifs a été retrouvée décédée le 18 janvier 2013 dans  
l'enceinte extérieure de l'hôpital, après sa disparition la veille au soir.

J'ai diligenté, par l'intermédiaire de la direction de l'inspection et de  
l'audit, une enquête administrative permettant de déterminer les  
mesures qu'il convient de mettre en œuvre pour renforcer la sécurité  
des patients présentant des troubles cognitifs.

Sans attendre les résultats de l'enquête, je souhaite la mise en place  
d'un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins gériatres, cadres  
de santé des services de gériatrie, infirmières, etc) piloté par vous-  
même sur les bonnes pratiques en matière de sécurité des patients  
âgés souffrant de troubles cognitifs. Vous solliciterez l'appui du  
Pr Christian RICHARD, coordonateur des risques associés aux soins.

Je souhaiterais que ce travail puisse aboutir pour la fin du mois de  
Mars.

  
Monique RICHARDS

Copie :

- Mireille FAUGERE
- Jean-Michel PEAN
- Laure BEDIER
- Pr Loïc CAPRON
- Pr Christian RICHARD

Paris, le 25 JAN. 2013

3, avenue Victoria  
75184 PARIS Cedex 04  
Standard : 01 40 27 30 00  
Ligne directe : 01 40 27 32 81  
Télécopie : 01 40 27 39 88

La Secrétaire Générale

à

**LA SECRETAIRE GENERALE**

Monsieur Serge VERDIER, ingénieur général  
Monsieur Jean-Claude RICHARD, ingénieur général  
Monsieur Gérard BROWNE, général 2S, Conseiller sécurité

Objet : Lettre de mission suite au décès d'une patiente à l'hôpital Sainte Périne

Une patiente hospitalisée à l'hôpital Sainte Périne, présentant des troubles cognitifs a été retrouvée décédée le 18 janvier 2013 dans l'enceinte extérieure de l'hôpital, après sa disparition la veille au soir.

J'ai diligenté, par l'intermédiaire de la direction de l'inspection et de l'audit, une enquête administrative permettant de déterminer les mesures qu'il convient de mettre en œuvre pour renforcer la sécurité des patients présentant des troubles cognitifs.

Sans attendre les résultats de l'enquête, je souhaite que vous me fassiez des propositions sur :

- les mesures de protection physique (sécurité et surveillance permanente des issues du bâtiment d'hospitalisation vers la rue, vers les parcs et jardins, et vers les autres parties de l'hôpital, sécurité des ascenseurs, etc...) qu'il convient de prendre, en tenant compte de nos obligations en matière de sécurité incendie, pour renforcer la sécurité des patients âgés présentant des troubles cognitifs ;
- sur la procédure qu'il convient de mettre en œuvre en matière de recherche de patients fugueurs.

Je souhaiterais que ce travail puisse aboutir pour la fin du mois de Mars.

  
Monique RICHOMES

Copie :

- Mireille FAUGERE
- Jean-Michel PEAN
- Laure BEDIER
- Pr Loïc CAPRON

## ANNEXE n°3

### COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

#### Composition du groupe piloté par le Pr Yves de Prost :

- Pr Yves de PROST (médiateur médical central de l'AP-HP, membre de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers, pilote du groupe de travail) ;
- Pr Christian Richard (responsable de la gestion des risques à la CME) ;
- Dr Georges Sebbane (vice-Président de la CME, gériatre, hôpital René-Muret) ;
- Pr Elena Paillaud (gériatre, hôpital Albert-Chenevier) ;
- Dr Antonio Teixeira (gériatre, hôpital Lariboisière) ;
- Roselyne Vasseur (directrice de la DSAP) ;
- Chantal Cadoz-Hernandez (DSAP) ;
- Philippe Le Roux (directeur de l'hôpital Emile-Roux) ;
- Danièle Drevet (représentante des usagers au GH Paris Sud et membre de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers) ;
- Marjorie Obadia (directrice adjointe de la DAJ) ;
- Magali Richard-Piauger (chef du département de la médiation et de la responsabilité hospitalière / DAJ) ;
- Dr Marie-Laure Pibarot (responsable de la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, DMA) ;
- Dr Catherine Trophilme (DMA) ;
- Corinne Lamouche (coordinatrice des services sociaux hospitaliers / DSPC-DAJ et membre de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers) ;
- Anne-Claude Le Voyer (directrice du Département des Droits du Patient et des Associations / DSPC et membre de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers) ;
- Françoise Zantman (Coordinatrice Générale des Soins / GH HUPSSD) ;
- Virginie Gattolliat (cadre de santé à l'hôpital René Muret) ;
- Philippe Romano (représentant des usagers à l'hôpital Emile-Roux).

Avec la participation du Pr Emmanuel Hirsch (Directeur de l'Espace Ethique de l'AP-HP).

Ont été associées aux travaux du groupe piloté par le général Gérard Browne, puis le général Jean-Michel Olivier, avec Serge Verdier et Jean-Claude Richard :

- la DAJ ;
- la DSPC (disparitions inquiétantes et recherche de patients hospitalisés / DDPA) ;
- la direction du GH Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest ;
- la Préfecture de Police (SPPAD).

## ANNEXE N°4

### Définition médicale de la fugue

"La fugue est le départ de la personne âgée de son lieu de vie ou de l'hôpital sans que l'entourage en ait connaissance"

OU

" La fugue est le fait de quitter l'établissement d'hébergement ou hospitalier à l'insu de tous".

Tout professionnel qui est confronté au risque de fugue se retrouve face à un dilemme : il doit garantir la sécurité du patient, tout en respectant sa liberté.

Même si la problématique du risque de fugue est traitée sous l'aspect technologique : *digicode, bracelet, géo localisateur, signaux sonores voire même contention architecturale ou physique*, le risque de fugue doit être également traité sous un angle différent, par une approche individuelle du patient entreprise par l'équipe pluridisciplinaire à travers plusieurs supports de travail :

- Observer le patient
- Analyser le trouble
- Outils de dépistage : CAM = Confusion Assessment Method
- Connaître ses antécédents : notamment de fugue au domicile ou lors d'une précédente hospitalisation
- Faire le recueil des données

#### LES FACTEURS PRÉDISPOSANT AU RISQUE DE FUGUE à rechercher

Tout patient ayant des capacités motrices préservées et présentant une ou des pathologies ou symptômes suivants sont à risque de fugue : une désorientation temporo-spatiale, un antécédent de démence de type Alzheimer ou apparenté, un syndrome confusionnel, des hallucinations, un discours décousu ou incohérent, un délire ou une dépression/ anxiété majeure.

Ce risque est accru de façon considérable s'il existe de plus les facteurs suivants :

- Un antécédent de fugue au domicile, à l'hôpital lors d'une hospitalisation ou dans l'établissement d'hébergement
- Admission récente ou premiers jours de son hospitalisation
- Une verbalisation de son intention de partir ou de rentrer chez lui ou de retrouver une personne
- Un trouble du comportement tel que la déambulation
- Une inversion du rythme nyctéméral

**Critères médicaux définissant le risque de fugues chez les patients âgés**

**Préambule:**

- "Le principe de la liberté d'aller et venir est constitutionnel et même supranational (article 18 du traité instituant la communauté européenne du 25 mars 1957) et implique que toute limitation soit strictement motivée. Ainsi il est tout autant fautif de priver sans raison légitime un patient de sa liberté d'aller et venir que de ne pas prendre les mesures nécessaires pour éviter les dommages liés à sa pathologie." (référence 1 : Fugue et responsabilités médicales, Sécurité du patient; 04 sept. 2012 ; Auteur : Germain DECROIX, Juriste in : <http://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnelsante/risque-medical-lieu-situation-professionnel-sante/fugue-et-responsabilitemedicale.html>)

**Il est donc indispensable de pouvoir définir les critères pouvant être à l'origine de la limitation de mouvements.**

- "L'orientation du patient vers un établissement déterminé engage la responsabilité médicale du médecin traitant mais également celle du praticien ayant décidé d'accepter l'admission de ce patient dans son service ou dans l'établissement qu'il est chargé de coordonner.

S'il est découvert que la pathologie du patient nécessitait un environnement spécifique en locaux ou en personnel qui ne pouvait être assuré dans l'établissement choisi, cela peut suffire pour engager, après une fugue dommageable, la responsabilité médicale des praticiens ayant contribué à cette admission"(1).

**L'admission dans un service de l'hôpital, par un médecin des urgences par exemple, peut donc conduire à engager sa responsabilité. Il est donc indispensable de déterminer des éléments pouvant contribuer à la bonne orientation de ces patients et limiter le risque de fugue dommageable.**

- "La prévention des fugues constitue ainsi un vrai travail d'équipe engageant la responsabilité médicale de chaque membre, selon son statut et son domaine de compétence. Si les difficultés de prise en charge des patients fugueurs, dont les droits doivent par ailleurs être respectés, sont prises en compte, elles ne permettront pas souvent de justifier les fautes commises notamment dans l'admission, la surveillance et la réaction suite à la fugue" (1).

**Il est indispensable de définir en interne (en fonction des lieux, des moyens techniques et des moyens humains et des contraintes de service) des protocoles de prise en charge de ces patients à risque de fugue. Ces protocoles doivent être connus des professionnels. Les mesures mises en place doivent être tracées dans le dossier du patient (la traçabilité est un élément essentiel de la bonne tenue du dossier du patient).**

- "Elle (mesure pour éviter fugue) appartient en premier lieu au personnel de l'établissement qui doit mettre en œuvre les consignes particulières décidées par le

praticien ayant en charge le patient ou les protocoles préalablement établis qui doivent être écrits, datés et signés par un médecin."

" La contention d'un malade doit être utilisée avec une grande prudence et ne constitue pas un moyen acceptable de prévention des fugues comme le prévoit le guide de l'ANAES « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » d'octobre 2000."

" Celui-ci insiste sur la nécessité d'une prescription médicale avant toute contention **qui ne peut être laissée à la seule initiative** du personnel paramédical de l'établissement"

" Ceci a été utilement complété, à propos de la prévention des fugues, par la conférence de consensus « liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux et obligation de sécurité » (24 - 25 septembre 2004)."

**Les protocoles et les mesures mises en place doivent être identifiables dans le dossier du patient, datés et signés et régulièrement réévalués. Une mesure de limitation de mouvement peut être annulée (il faudra le justifier).**

- " Responsabilité de l'établissement de soins ou du personnel soignant

L'état du patient rendant inenvisageable une action contre lui, c'est contre l'établissement d'accueil ou les professionnels l'ayant pris en charge que celle-ci sera dirigée. L'action contre les praticiens ou en rapport avec l'activité des agents paramédicaux nécessite la démonstration d'une faute devant avoir un lien avec le dommage subi.

Celle contre l'établissement peut être mise en œuvre par la victime du patient fugueur sans démonstration de faute - **décision de l'Assemblée Plénière de la Cour de Cassation dans son arrêt du 29 mars 1991.**" (1)

Références utiles :

- Guide de l'ANAES « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » d'octobre 2000

- Conférence de consensus « liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de sécurité » (24 - 25 septembre 2004) : prévention des

fugues. ([http://www.criasmv.asso.fr/2009051129/offrenumerique/dossiers-](http://www.criasmv.asso.fr/2009051129/offrenumerique/dossiers-thematiques/liberte-aller-venir-etablissements-sociaux/Toutes-les-pages.html)

[thematiques/liberte-aller-venir-etablissements-sociaux/Toutes-les-pages.html](http://www.criasmv.asso.fr/2009051129/offrenumerique/dossiers-thematiques/liberte-aller-venir-etablissements-sociaux/Toutes-les-pages.html))

- RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE; AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À LA DIMINUTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE. HAS. juin 2006 ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/cppa\\_-\\_rapport\\_final\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/cppa_-_rapport_final_.pdf))

- Comprendre la fugue de la personne âgée en maison de retraite (<http://m.soignantenehpad.fr/pages/themes-de-soin/comprendre-la-fugue-de-la-personne-agee-en-maison-de-retraite.html?version=mobile>)

- (<http://www.gazette-sante-social.fr/juridique/intitatives-mieux-prevenir-les-fuguesinconscientes-7133.html?recherche=1>)

Les facteurs de risques de fugues peuvent être listés comme suit :

1) La notion de "fugue" au domicile chez un patient ayant des troubles cognitifs connus (favorisé par l'inversion du rythme nyctéméral).

Nombre de patients sont ainsi adressés à l'hôpital après avoir été retrouvés errant seul dans la rue à une heure avancée de la nuit ;

2) La présence lors d'une précédente hospitalisation de tentative de fugue ;



- 3) La verbalisation par le patient de son intention de sortir de l'établissement ;
- 4) L'acte répété de tentative de fugue (le patient s'habille et prépare sa valise et se tient prêt à sortir de l'unité) ;
- 5) Le risque est majoré si le patient a des capacités motrices préservées
- 6) La présence chez un patient de troubles cognitifs, d'une désorientation spatiale rentrant dans le cadre d'une démence quel qu'en soit l'étiologie surtout quand il existe un trouble du comportement tel qu'une déambulation
- 7) le risque est également majoré par la présence de symptômes tels que des hallucinations (visuelles ou auditives), un délire (rentrant dans le cadre ou non d'une confusion), ou des signes de dépressifs
- 8) le risque de fugue est également majoré en début d'hospitalisation (risque de confusion lié au changement de lieu

Les facteurs de risque de confusion devront être systématiquement recherchés (iatrogène, infections, globe, fécalome, douleur, etc.)

**Document publié en 2004 par l'ANSM sur la sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les patients âgés atteints de démence**

ZYPREXA®, ZYPREXA VELOTAB® sont des médicaments antipsychotiques atypiques ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne, respectivement en septembre 1996 et février 2000.

Des essais cliniques menés chez des patients âgés de plus de 65 ans, atteints de démence et souffrant de troubles psychotiques et/ou de troubles du comportement, ont montré dans le groupe de patients traités par olanzapine comparativement au groupe de patients ayant reçu le placebo :

- une incidence trois fois plus élevée des accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- une incidence environ deux fois plus élevée des décès.

L'incidence plus élevée des décès n'était pas corrélée à la dose d'olanzapine ni à la durée de traitement. Cependant, des facteurs de risque ont été identifiés tels qu'un âge supérieur à 65 ans, une sédation, une dysphagie, une malnutrition, une déshydratation, une pathologie pulmonaire (pneumonie avec ou sans inhalation), une utilisation concomitante de benzodiazépines.

Les éléments suivants ont également été mis en évidence :

- Il a été observé qu'une démence vasculaire pré-existante était significativement associée à une incidence plus élevée d'accidents vasculaires cérébraux ;
- L'efficacité de l'olanzapine chez cette population n'a pas été démontrée au cours de ces essais cliniques.

**En conséquence, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) attire l'attention des professionnels de santé sur les points suivants :**

- **L'utilisation d'olanzapine n'est pas indiquée et est déconseillée chez les patients âgés atteints de démence et souffrant de troubles psychotiques et/ou de troubles du comportement ;**
- **Le bénéfice-risque du traitement par olanzapine des patients recevant ce médicament pour des troubles psychotiques et/ou des troubles du comportement liés à une démence doit être soigneusement réévalué.**

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'olanzapine et la notice destinée aux patients ont été modifiés à l'échelle européenne ([Cf annexe 1](#)).

Une lettre d'information a été adressée par les laboratoires pharmaceutiques Lilly aux médecins concernés : neurologues libéraux et hospitaliers, psychiatres libéraux et hospitaliers, gériatres et médecins généralistes exerçant en gériatrie (ville et hôpital), médecins généralistes auxquels le laboratoire Lilly a présenté l'olanzapine, ainsi qu'à l'ensemble des pharmaciens hospitaliers. Un courrier a également été adressé à l'attention des directions médicales des établissements de moyen et longs séjour médicalisés accueillant des personnes âgées.

Un communiqué est disponible sur le site Internet de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) : [www.emea.eu.int](http://www.emea.eu.int) .

#### **RISPERIDONE (RISPERDAL®) ET ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX**

RISPERDAL® (risperidone) est un antipsychotique atypique qui bénéficie d'une AMM nationale depuis mai 1995. En France, RISPERDAL® est commercialisé par les laboratoires Janssen-Cilag.

Ce médicament est indiqué dans le traitement des psychoses, en particulier des psychoses schizophréniques, aiguës et chroniques.

Des essais cliniques, également conduits chez des patients âgés souffrant de démence, ont montré une augmentation du risque de survenue d'AVC, similaire à celle observée avec l'olanzapine, dans les groupes de patients traités par risperidone comparativement aux groupes ayant reçu le placebo.

Les données de ces essais, concernant notamment l'efficacité de la risperidone dans cette population, sont actuellement en cours d'analyse à l'Afssaps.

**Dans l'attente des résultats de cette évaluation, l'Afssaps rappelle aux professionnels de santé que RISPERDAL® n'est pas indiqué dans le traitement des troubles du comportement des patients âgés souffrant de démence.**

#### **LES AUTRES NEUROLEPTIQUES?**

Des neuroleptiques sont régulièrement prescrits chez des patients atteints de démence et souffrant de troubles psychotiques et/ou de troubles du comportement.

**L'Afssaps attire l'attention des professionnels de santé sur le fait que des risques similaires à ceux identifiés avec l'olanzapine et la rispéridone ne peuvent pas être exclus avec les autres neuroleptiques atypiques et neuroleptiques classiques.**

#### **RAPPEL SUR LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS AGES ATTEINTS DE DEMENCE**

Le traitement de ces patients s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale, sur le plan physique, psychique et social. La stratégie thérapeutique des patients atteints de démence de type Alzheimer repose sur l'utilisation des anti-cholinestérasiques (Aricept ®, Exelon ®, Reminyl ®) pour les formes légères à modérées et de la mémantine (Ebixa ®) pour les formes modérément sévères à sévères.

#### **En pratique clinique :**

**Lorsque des troubles du comportement persistent ou surviennent malgré ces traitements, des médicaments agissant sur l'humeur (stabilisateurs de l'humeur ou antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) peuvent être utilisés.**

**Dans les cas extrêmes, lorsque ces troubles du comportement s'accompagnent de symptômes psychotiques (délires, hallucinations) ou dans les états d'agitation aiguë, les**

**neuroleptiques à faibles doses et à très court terme (10 à 15 jours maximum) pourraient s'avérer nécessaires.**

Ce médicament est indiqué, par voie orale, dans le traitement de la schizophrénie et des épisodes maniaques modérés à sévères et la prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par l'olanzapine lors d'un épisode maniaque, et par voie injectable, pour contrôler rapidement l'agitation et les troubles du comportement chez les patients schizophrènes ou chez les patients présentant des épisodes maniaques lorsque la voie orale n'est pas adaptée.

**Critère 10-e du manuel de certification HAS V.2011 sur le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles.

La conférence de consensus portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux et l'obligation de soins et de sécurité (2004) fait de la liberté d'aller et venir une composante de la liberté individuelle, inhérente à la personne humaine. Cette position est également affirmée dans la circulaire dite "Simone Veil" (n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993), qui précise que "les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs, ni a fortiori dans des chambres verrouillées", et que "l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales". Il doit en être de même pour toute décision appelant une privation de liberté de quelque nature qu'elle soit (c'est-à-dire non seulement le confinement, l'isolement, la contention, la sédation, mais aussi la limitation des contacts, le retrait des effets personnels...).

Certaines situations cliniques peuvent nécessiter, dans une visée de sécurité et/ou pour des motifs thérapeutiques, la mise en œuvre de mesures momentanées de limitation de liberté. Toute décision de ce type doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, décidée en concertation, expliquée à la personne concernée dans une perspective de recherche de consentement, réévaluée et portée au dossier.

La gestion des mesures de restriction de liberté, intégrant la conciliation des principes de liberté et de sécurité, mais aussi de bienveillance et de respect de la dignité du patient, repose sur une réflexion menée au plan institutionnel et déclinée au niveau des pratiques médicales et soignantes. À ce titre, elle implique différentes structures de l'établissement (CME, CRU, comité d'éthique ou équivalent) ; elle a vocation à donner lieu à la sensibilisation, voire à la formation des professionnels concernés et à être régulièrement évaluée (audits d'EPP sur les chambres d'isolement, enquêtes auprès des patients, enquêtes auprès de l'entourage, etc.) dans une perspective de mise en œuvre d'actions d'amélioration.

L'évolution des représentations et du droit fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins.

La loi du 4 mars 2002 (CSP articles L. 1111-2, L. 1111-4 et suivants) réaffirme le droit du patient d'être informé, associé à toutes les décisions de prévention, de diagnostic et de soin qui le concerne. Elle introduit la possibilité pour le patient d'être accompagné et soutenu par une personne de confiance et renforce les exigences en matière d'information du patient en cas de survenue d'événement indésirable.

Le respect de ces droits à l'information et au consentement est un objectif essentiel pour les établissements de santé et leurs professionnels, qui doivent mettre en place des organisations pertinentes destinées à faciliter leur exercice.

### Prévoir

Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

### Mettre en œuvre

Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.

### Evaluer et améliorer

Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).

Des actions d'amélioration sont mises en place.

## ANNEXE N°8

### **Critère 20-b du manuel de certification HAS V.2011 sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé**

La polypathologie et la polymédication des personnes âgées augmentent le risque iatrogénique. Cette iatrogénie n'est pas inéluctable et le degré d'évitabilité est lié à la classe médicamenteuse impliquée. L'adhésion au traitement est plus complexe chez le sujet âgé du fait de ses comorbidités et de ses comédications. Des améliorations dans ce domaine sont possibles pour diminuer la morbidité et la consommation de soins induite. L'ensemble des prescripteurs prenant en charge le sujet âgé est concerné. Cette démarche d'évaluation vise à diminuer le risque iatrogénique lié aux prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée.

#### Prévoir

Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.

#### Mettre en œuvre

Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

#### Évaluer et améliorer

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée. Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en œuvre.

## 44 – Les sorties à l'insu du service : les « fugues »

### POUR ALLER A L'ESSENTIEL...

- La « fugue » d'un patient peut constituer une situation grave : la sortie du patient à l'insu du service est susceptible de le mettre en situation de danger. Elle nécessite une prise en charge associant rapidité, réactivité, transparence et tact.
- La gestion de ces situations doit être organisée au sein de l'hôpital par une procédure préétablie.
- La « fugue » doit faire intervenir selon le cas de nombreuses personnes : le personnel hospitalier, l'administrateur de garde ou le directeur, le personnel de sécurité, les forces de police et la famille du « fugueur ».
- La « fugue » d'un patient en danger ou présentant un danger pour autrui est susceptible d'engager la responsabilité de l'hôpital, et le cas échéant de ses agents.

### Principes

- Les personnes hospitalisées bénéficient comme toute autre personne (et sauf si elles sont mineures, majeures sous tutelle, relevant de soins psychiatriques sous contrainte, gardée à vue, prévenues ou détenues) de la **liberté individuelle d'aller et venir**.

Dans un certain nombre de cas, la décision du patient de sortir de l'hôpital présente toutefois un danger qu'il ne mesure pas forcément. L'hôpital est tenu dans ces situations de le protéger contre les conséquences possibles de cette décision. Cette obligation est renforcée lorsque cette « décision » de sortie du patient provient d'un patient qui présente des troubles cognitifs importants et n'est pas en capacité de mesurer les conséquences de ses actes.

- Les dispositions concernant les sorties à l'insu du service (ou « fugues ») concernent principalement les **personnes qui ont été admises administrativement**.

Lorsque la sortie d'un patient à l'insu du service (« fugue ») est constatée, l'objectif premier est bien entendu de retrouver le patient pour assurer qu'il ne mette en danger ni sa santé, ni sa vie, ni encore celle d'autrui.

Elle peut faire intervenir de nombreuses personnes : le personnel hospitalier, l'administrateur de garde représentant le directeur, le personnel de sécurité, les forces de police, la famille du fugueur...



### **Le rôle du service :**

La première démarche de l'équipe hospitalière doit être d'organiser des recherches au sein du service, du bâtiment, puis de l'hôpital dans son ensemble et de son environnement immédiat si les recherches demeurent infructueuses.

Parallèlement, le responsable du service doit établir un rapport écrit, relatant les circonstances de la disparition du patient, les risques qu'il encourt du fait de cette sortie prématurée. Ce rapport doit rendre compte des différentes diligences qui ont été prises pour retrouver la personne sortie à l'insu du service.

Pour mémoire, il convient de procéder à un signalement OSIRIS dans ce cas de figure, en même temps ou ultérieurement

### **L'information du directeur :**

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit être systématiquement être averti de la « fugue » d'un patient et dans les situations inquiétantes, prendre toute mesure, avec le chef de sécurité « anti malveillance », pour centraliser les informations et renseignements reçus et organiser les recherches du patient, le cas échéant en mobilisant les personnels disponibles.

Le cas échéant, s'il le juge nécessaire, il lui appartient (lui-même ou par le chef de sécurité « anti malveillance ») de prendre contact avec les autorités de police (ou de gendarmerie) locales et de leur faire parvenir une fiche de signalement de disparition. .

### **Le personnel de sécurité :**

Le personnel de sécurité doit être immédiatement tenu informé de la sortie du patient à l'insu du service et être invité à participer aux recherches. Le cas échéant, sur instructions du directeur (ou l'administrateur de garde), il doit dans les situations les plus inquiétantes, organiser les recherches avec les personnels disponibles sur le site hospitalier.

### **L'information de la famille :**

Si l'administrateur de garde doit être informé de l'incident, il appartient en revanche au service (personnel soignant – infirmière ou aide-soignante) de prévenir la famille.

L'information de la famille est un élément primordial qui facilite les rapports et permet des recherches plus efficaces.

L'information consiste à expliquer les circonstances de la disparition et, par un dialogue avec l'entourage du patient, à tenter de comprendre où le patient a pu se rendre et favoriser ainsi les recherches. Il importe que les recherches soient menées en transparence avec la famille et dans un rapport de collaboration, nécessaire dans ce type de situations.

### **Les autorités de police :**

L'information de la police est souvent indispensable, du moins lorsque la sortie présente un danger manifeste, pour le patient comme pour l'ordre public.

Lorsque le patient est **majeur**, la police (ou gendarmerie) prendra note de cette disparition par le biais d'une main courante et notera la remise de la fiche descriptive de signalement de disparition et elle pourra se rendre sur place pour procéder à certaines investigations.

Ces démarches sont d'autant plus importantes si le patient majeur est un majeur protégé ou est un patient hospitalisé sous contrainte en soins psychiatriques. Mais elles sont aussi importantes quand le patient présente des troubles cognitifs importants, notamment en raison de son âge.

Lorsque le fugueur est un **mineur**, la procédure sera un peu différente : les autorités de police doivent en effet mettre en œuvre une procédure particulière. L'identité du mineur disparu est notamment inscrite sur un registre particulier et un avis de recherche est lancé, diffusé auprès des autres services de police. (dont la brigade des mineurs notamment)

### **Les relations avec le « Pôle des Recherches Patients » à la DSPC :**

Il est nécessaire que l'hôpital fasse parvenir à ce service situé au Siège un fax au n° 01 40 27 19 87 pour l'informer de la fugue et de lui adresser la fiche descriptive de signalement de fugue (remise à la police ou gendarmerie) jointe en annexe.

## **Responsabilité**

La « fugue » d'un patient est susceptible d'entraîner de graves conséquences pour l'hôpital : sa responsabilité administrative, voire pénale, peut être engagée de ce fait.

La responsabilité de l'établissement peut le cas échéant être mise en cause sur le fondement de la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

L'existence d'un « défaut de surveillance » pourra être invoquée.

Le juge prendra en considération l'état du patient, la vigilance montrée par l'hôpital au vu du risque de « fugues » à évaluer selon l'état physique et mental du patient et les mesures préventives qui ont été prises le cas échéant.

La responsabilité pénale des agents pourrait par ailleurs être retenue dans les cas de sorties à l'insu du service sur le fondement de la non assistance à personne en danger. Cette infraction pourrait notamment être reconnue dans l'hypothèse où le personnel se serait abstenu de mettre en œuvre les mesures permettant de secourir le patient et de mettre en œuvre les procédures de recherche adéquates. On notera cependant qu'à l'heure actuelle, il n'y a jamais eu de mise en cause de cet ordre au sein des hôpitaux de l'AP-HP.

La responsabilité disciplinaire des agents peut être recherchée par l'AP-HP en cas de négligence, imprudence et non respect des procédures établies par l'hôpital, notamment en l'absence :

- de rédaction d'un procès verbal de sortie à l'insu du service,
- de signalement au supérieur hiérarchique,
- et, plus généralement, de toute prise d'initiative.

Hôpital :  
Structure médicale :

### **PROCES VERBAL DE SORTIE A L'INSU DU SERVICE**

Je soussigné(e), (*prénom et nom de l'agent*).....

atteste avoir constaté le (*jour*) à (*heure*)  
.....

La sortie de (*nom du patient*) .....à l'insu du service.

Circonstances de la sortie : (*éléments permettant de l'expliquer ou de comprendre les motivations du patient, date présumée de la sortie, éléments permettant de faciliter une enquête ultérieure, descriptif physique et vestimentaire du patient,...*)

Mesures prises : (*appels téléphoniques, signalement, information des agents de sécurité, recherche au sein de l'hôpital,...*)

Fait à.....le.....

Signature.....

Ce procès verbal doit être conservé au sein du dossier médical du patient.

**Numéros utiles :**

- Chef de la sécurité de l'hôpital :
- Procureur de la République :
- Commissariat de police du ....arrondissement :
- Gendarmerie de.....

ANNEXE N°10

Fiche relative à l'organisation d'un dispositif de recherche (Général Olivieri)



Paris, le 16 avril 2013

SECRETARIAT GENERAL

3, avenue Victoria  
75184 PARIS Cedex 04  
Standard : 01 40 27 30 00

D- 2013 - 2250

Note  
à l'attention de  
Monsieur le Pr. Yves de Prost  
Médiateur médical de l'AP-HP  
Hôpital Necker – Enfants malades

Général (2 S) Jean-Michel OLIVIERI  
Délégué de Défense et de Sécurité  
Conseiller pour la Sécurité Générale

Secrétariat : 01 40 27 32 87  
Ligne directe : 01 40 27 32 68  
Télécopie : 01 40 27 39 11  
[jean-michel.olivieri@sap.aphp.fr](mailto:jean-michel.olivieri@sap.aphp.fr)

Objet : Renforcement des mesures pour la sécurité des patients présentant des troubles cognitifs.

Réf. : Note de la Secrétaire Générale du 25 janvier 2013.  
P.J. : Fiche relative à l'organisation d'un dispositif de recherche

Par note citée en référence, la Secrétaire Générale nous demande de faire des propositions pour déterminer les mesures qu'il convient de mettre en œuvre pour renforcer la sécurité des patients présentant des troubles cognitifs.

Pour la partie qui m'incombe je propose, après l'avoir évoquée en réunion plénière des groupes de travail le 12 avril dernier, une fiche guide d'organisation d'un dispositif de recherche d'un patient fugueur (paragraphe 3 du plan du rapport).

Cette fiche a pour objet d'appeler l'attention des responsables sur la spécificité de cette mission et les éléments déterminants pour une conduite efficace de ce type d'opérations et l'optimisation du dispositif de recherche.

Cette fiche devrait pouvoir être annexée, utilement, à la fiche 44 – les sorties à l'insu du service : les fugues » du mémento de l'administrateur de garde (en cours de réécriture par la DAJ).

Général (2S) Jean-Michel OLIVIERI

Copie : Mme Monique Ricomes  
M. Serge Verdier  
M. Jean-Claude Richard

## Les points déterminants

### 1) La recherche du renseignement

#### ■ Renseignements à recueillir :

1. Etat civil complet de la personne recherchée.
2. Description physique (taille, corpulence, type, yeux, cheveux, lunette...).
3. Tenue vestimentaire et signes particuliers éventuels.

#### ■ Questions à poser :

1. Où, quand, comment, par qui la personne a-t-elle été vue pour la dernière fois ?
2. Est-ce la première fois que cela arrive ?
3. La personne suit-elle un traitement médical particulier ? service de l'Etablissement.
4. Moyens de locomotion (carte Navigo...)
5. Téléphone portable.
6. Papier d'identité. Photos.
7. Argent et/ou moyens de paiement ?
8. Point de chute éventuel : famille, amis, connaissance, etc...
9. Préserver des vêtements portés, un oreiller...

### 2) Organisation et coordination des recherches

- Au PC Sécurité: installer le PC avec N° de téléphone identifié et connu.
- Envoyer rapidement une 1ère équipe dans le Service.
- Vérifier la dernière position connue.
- Compléter les témoignages.
- Exploiter les dispositifs techniques (vidéo protection, bracelets, etc...) pour l'orientation des recherches.
- Délimiter l'emprise et les bâtiments de l'Etablissement en zone divisée en sous-secteurs. (Mise en œuvre du Plan de recherches de l'Etablissement).
- Préparer des photocopies des lieux et de la fiche de signalement pour les personnels disponibles (techniciens de garde, personnels du Service, SSI.).
- Organiser les recherches par cercles concentriques à partir du point central de la « disparition » constatée en élargissant progressivement la Zone de recherche sous-secteurs par sous-secteurs, après avoir fermé les différents accès à l'Etablissement.
- Solliciter éventuellement des moyens spéciaux (équipes cynophiles,...).
- Informer le référent du Commissariat de rattachement et faxer la fiche de signalement.
- Informer le Département des droits aux patients et des associations.
- En cas de recherches infructueuses, se rendre au Commissariat pour signaler la disparition inquiétante.
- Soutien moral des proches.

### 3) Attitude pratique devant une fugue :

#### Remarques liminaires

Les premiers instants qui suivent la prise en compte de l'information relative à une disparition inquiétante étant déterminante, la rapidité et la qualité de l'analyse initiale de la situation influent largement sur les chances de retrouver, vivante, la personne disparue (fugueuse).

Il s'avère donc nécessaire de mettre à la disposition des responsables confrontés à ce type d'événements une fiche guide pratique constituant une aide à la décision.

En raison de la grande diversité des situations rencontrées, ce document synthèse décrit des processus qui ont vocation à être intégrés et adaptés par les différents niveaux de responsabilités au cas d'espèce.

- L'optimisation d'un dispositif de recherche passe nécessairement par l'analyse préalable de la qualité et/ou de la personnalité du disparu et des circonstances entourant la disparition.

Rechercher les informations et les renseignements sur la personne disparue et les éléments circonstanciels permettant de considérer la disparition comme inquiétante (la personne disparue est en compagnie d'une autre personne-personne n'ayant emporté aucun effet ou dans le cas contraire lesquels-personne ayant eu un « conflit » récent au sein de l'Etablissement...).

- Principes d'organisation du PC Recherches

Sous l'Autorité du Directeur de l'Etablissement ou de l'Administrateur de garde, le Chef de Sécurité « Anti malveillance » :

1. Centralise au PC les informations et renseignements reçus,
2. Organise les recherches en application du plan Recherches de l'Etablissement,
3. Renseigne les autorités hiérarchiques et fonctionnelles,
4. Informe le Commissariat d'arrondissement.

NB: Si le directeur doit être informé de l'incident, il appartient en revanche au service (personnel soignant – infirmière ou aide-soignante) de prévenir la famille.

**Bilan et proposition d'actualisation Osiris  
sur les déclarations de fugues ou patients égarés**

**DECLARATION DES « FUGUES OU PATIENTS EGARES » DANS OSIRIS  
Etat des lieux et propositions d'amélioration**

**17 mai 2013 – document de travail**

Le groupe de travail sur les bonnes pratiques en matière de sécurité des patients âgés atteints de troubles cognitifs a sollicité la direction médico administrative (DMA) qui est en charge de coordonner les évolutions d'OSIRIS sur les deux points suivants :

- Comment OSIRIS permet de dénombrer les fugues et d'en évaluer la gravité ?
- Quelles améliorations proposées pour guider les déclarants, mieux appréhender la gravité des fugues et aider les établissements dans la mise en œuvre d'un plan de maîtrise des complications ?

Cette analyse et ces propositions ont été revues avec les gestionnaires de risque du bureau OSIRIS<sup>1</sup>.

Il est important de rappeler, en introduction, les limites intrinsèques de tous les systèmes de signalement volontaires des EI :

- ce ne sont pas de bons instruments de mesure d'un risque, en raison de la sous notification importante qui est constante (numérateur) et des difficultés de disposer d'un dénominateur (nombre de patients exposés au risque)
- ce ne sont pas des systèmes d'alerte en cas d'urgence, dans la mesure où il n'existe pas de permanence H24 dans la réception des signalements d'EI.

**I - Le signalement des fugues dans OSIRIS : rappel**

OSIRIS est le système de signalement des événements indésirables (EI) disponible sur l'intranet de chaque hôpital de l'AP-HP. Si le système de signalement est commun, chaque hôpital a sa propre base et l'exploitation est locale.

OSIRIS est bien connu des équipes, facilement utilisé (plus de 40 000 signalements en 2012). Il permet aisément de passer des consignes à l'ensemble des utilisateurs potentiels.

**1 - La fiche de signalement des EI « Fugue ou patient égaré »**

Elle est composée :

---

<sup>1</sup> A. Bessière (Bicêtre), B. Bissauge (Bichat), J.M. Guérin (Lariboisière), J.F. Hartmann (R. Debré), B. Mamalet (HUPO), M.C. Rios Palma (Joffre-Dupuytren)



- d'une rubrique information qui s'ouvre quand on sélectionne cette catégorie d'EI, personnalisable par chaque hôpital : destinée à expliciter la nature des EI à déclarer dans cette rubrique et/ou à donner des précisions sur les personnes à prévenir, la conduite à tenir..., son contenu est variable d'un hôpital à l'autre. (Cf. tableau)
- d'un paragraphe spécifique « Fugue » permettant la saisie de données destinées à faciliter les recherches (circonstances, description du patient...)
- d'une trame commune de recueil de données relatives à l'EI, identique pour toutes les catégories d'EI

## 2 – Bilan des signalements OSIRIS « fugue, patient égaré »

- **Informations contenues dans la rubrique information « fugue » (36 sites)**

L'analyse des rubriques information de 36 sites pour l'événement fugue ou patient égaré montre une certaine hétérogénéité de contenu d'un site à l'autre (Cf. tableau et exemples en annexe 1)

Nature de l'information	Nombre de sites
Aucune information disponible	3/36
Téléphone d'alerte 24h/24	30/33
Conduite à tenir immédiate +/- lien avec fiche ou check-list d'alerte spécifique	18/33
Coordonnées téléphoniques (gestionnaire d'événement...)	17/33
Lien avec la procédure locale	14/33
Définition des catégories de fugues/disparitions...	9/33

- **Exploitation des signalements : Données centrales OSIRIS**

L'exploitation, à l'échelon central permet un simple dénombrement des signalements. Les chiffres sont stables d'une année sur l'autre. En 2012, 2689 signalements « Fugue ou patient égaré » ont été enregistrés dans OSIRIS, dont 2259 (84%) en hôpital de court séjour et 430 (16%) en hôpital de SSR/ SLD.

- **Exploitation des signalements, à l'échelon local (exemples)**

Les membres du bureau OSIRIS ont été sollicités pour faire part de leur expérience. Certains établissements comme Bicêtre utilisent des mots clés, leur permettant de trier les signalements et de disposer d'une première caractérisation des fugues qui sont déclarées. En 2012, ils recensent 20 disparitions inquiétantes, 158 fugues simples dont 17 récurrentes chez adolescents.

## II - Proposition d'amélioration

Ces propositions ont un double objectif :

- Guider les déclarants dans la conduite à tenir immédiate
- Améliorer l'exploitation de ces événements, en permettant de mieux les caractériser, notamment en termes de gravité.

## 21 - Guider les signalants, dans la conduite à tenir immédiate

Il a été retenu de définir les informations pratiques qui devront systématiquement être déclinées dans les rubriques infos de tous les sites, afin de guider les signalants sur les actions immédiates à mettre en œuvre, en particulier donner l'alerte.

### Fugue ou patient égaré : Informations à inscrire (info-rubrique)

#### ■ Avant toute déclaration OSIRIS, vous devez déclencher la PROCEDURE DE RECHERCHE

#### ■ Sont à déclarer :

#### ■ Téléphoner 24h/24 au « N° d'alerte local »

- Les « fugues de patients » au sens de sorties à l'insu du service, y compris les non retours de permission

#### Lien avec la procédure/check liste/formulaire du site

- SANS DELAI, les disparitions de patients, hospitalisés ou non, identifiés comme étant dangereux pour eux-mêmes et/ou pour les autres

## 22 - Améliorer l'exploitation des données « Fugues » OSIRIS

Dans la perspective de mieux caractériser les fugues signalées et d'aider les sites à mettre en oeuvre des stratégies de maîtrise de ce risque, il est proposé de compléter la fiche OSIRIS fugue par les items ci-dessous. L'ensemble des informations n'étant pas disponibles, au moment du signalement, ils devront être remplis, avant la clôture de la fiche, par le gestionnaire d'événement, en lien avec le signalant.

### Caractérisation de la fugue et de sa prise en charge

- Mobilisation d'un plan de recherche du patient, en sus de l'alerte initiale ?  
Oui  Non  Ne sait pas
- Déclaration au commissariat ?  
Oui  Non  Ne sait pas
- Signalement au secteur Recherches Hospitalières de la Direction du Service au Patient et de la Communication (DSPC)  
Oui  Non  Ne sait pas

### Evaluation du risque

- Les circonstances de la fugue ont-elles mis ou auraient-elles pu mettre en danger le patient pour lui-même ?  
Oui  Non  Ne sait pas
- Cotation de l'échelle de gravité de gravité (V1 - janvier 2013)  
*Gravité 1 = fugue « ratée » - Gravité 2 = fugue transitoire - Gravité 3 = fugue permanente - Gravité 4 = complication médicale ou accidentelle liée à la fugue  
Gravité 5 = Décès lié à la fugue*

Une évaluation par les gestionnaires de risque de l'utilisation de l'échelle de gravité est prévue afin d'ajuster les cotations et les intitulés.

Ces propositions seront diffusées aux gestionnaires de risque / coordonnateurs de la gestion des risques. L'évolution de la rubrique info peut être d'application immédiate, l'ajout d'items permettant de caractériser les fugues nécessite des évolutions du logiciel OSIRIS qui seront incluses dans la prochaine version d'OSIRIS en janvier 2014.

## ANNEXE 1 : Exemples de rubrique information

### - Bicêtre :

**Fugue ou patient égaré**

La fugue est à distinguer de la disparition inquiétante :  
La **disparition inquiétante** concerne des patients dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres :  
    les mineurs  
    les majeurs protégés  
    les personnes ayant des troubles cognitifs ou psychiatriques importants.  
Conduite à tenir (voir la procédure sur le site intranet) :  
**Prévenir la Sécurité Anti-Malveillance**  
**Rechercher auprès de la famille, s'il n'est pas retourné chez lui**  
**Prévenir l'Administrateur de garde**

La **fugue** est un départ volontaire du patient à l'insu du personnel.  
Les non retours de permission sont à signaler dans cette catégorie.  
**Les gestionnaires d'évènement sont : ...**

### - Henri Mondor – Albert Chenevier :

**Fugue ou patient égaré**

Une fugue est un départ volontaire du patient hors du service sans en avertir le personnel. Les non retours de permission sont à signaler dans cette catégorie.

Conduite à tenir :

- 1) Engager des recherches dans le service et à l'étage.
- 2) Prévenir l'équipe anti-malveillance de la disparition afin d'engager des recherches au sein l'hôpital.
- 3) Prévenir la famille ou les proches du patient.
- 4) Compléter la fiche individuelle en indiquant la description la plus détaillée possible : taille, poids, couleur de cheveux, signe particulier (cicatrice, béquille...), tenue vestimentaire, porteur d'un bracelet d'identification... Déposer la fiche individuelle au bureau des admissions.
- 5) Compléter la fiche OSIRIS présente à l'écran et cliquez sur Enregistrer.

Cette déclaration sera lue par l'équipe anti-malveillance, Madame Claire Verger (Responsable du Pôle Clientèle) et Madame Joelle Le Gal (Responsable des Droits des patients, associations et cultes)

En cas de problème dans l'utilisation d'OSIRIS, contacter Christine Mangin au 01 49 81 20 15

Signalant

## 23 OUT

La rubrique information de la fiche OSIRIS « Fugue ou patient égaré » doit comporter les informations suivantes :

**1. Définitions** : périmètre des EI à signaler

Proposition :

*Sont à déclarer dans cette catégorie d'EI :*

- *Les fugues, sorties à l'insu du service : C'est le départ volontaire du patient sans en avertir le personnel. Les non-retours de permission sont à signaler dans cette catégorie*
- *Les disparitions inquiétantes concernant des patients dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres :*
  - *Les mineurs*
  - *Les majeurs protégés*
  - *Les personnes ayant des troubles cognitifs ou psychiatriques importants*

*Les sorties contre avis médical avec signature d'attestation de sortie ne sont pas à déclarer*

**2.** Numéro de **téléphone** à appeler 24h/24 en cas de disparition

**3. Liens** avec les procédures, conduites à tenir, check listes locales...

▪ **Faciliter la gestion des données : Evolutions de la fiche OSIRIS**

Créer des rubriques spécifiques à cette catégorie d'EI afin de permettre :

- Le classement des EI selon leur typologie

Le contenu de la fiche OSIRIS « Fugue ou patient égaré » ne permet pas la distinction entre les différentes catégories de fugues/disparitions lors de l'extraction des données pour exploitation statistique. Actuellement pour trier ces différentes catégories, certains gestionnaires d'évènement introduisent systématiquement dans leur réponse au signalant des mots-clés en début de phrase.

Proposition : Créer dans la fiche OSIRIS une rubrique « Nature de l'évènement » avec une liste d'évènements (fugue, disparition inquiétante...) à cocher par le gestionnaire d'évènement

- Le recensement les complications secondaires aux fugues

Proposition : Créer dans la fiche OSIRIS une rubrique « Conséquences de la fugue » avec une liste de conséquences (à définir ...) à cocher par le gestionnaire d'évènement

**FUGUES : jurisprudences DAJ**

**1- Critères jurisprudentiels et principes de responsabilité**

Les critères jurisprudentiels sont au nombre de 3 :

- PREVISIBILITE DE L'ACTE (troubles du comportement signalés, fugue précédente, volonté de se suicider ou de partir – un acte qui conditionne l'étendue de l'obligation de surveillance)
- COMPORTEMENT DU PERSONNEL (notamment personnel soignant) qui peut conditionner l'analyse du temps de réactivité pour lancer les recherches, + formation du personnel face aux situations de fugues etc...
- ORGANISATION DU SERVICE (par rapport à la configuration des lieux, aux fermetures de l'établissement, à la surveillance dans l'unité etc...)
- Rappel : le risque de fugue peut être qualifié de risque juridique et judiciaire à raison des conséquences dommageables pour les patients pris en charge, qui relèvent de l'assurance « responsabilité administrative » . Autrement dit l'AP-HP pourra assumer sa responsabilité administrative et mettra en œuvre les mécanismes d'indemnisation au titre de l'auto-assurance, dans l'hypothèse où le juge administratif retiendrait une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.
- D'un point de vue statistique, la DAJ ne recense qu'un nombre de dossiers indemnitaires peu significatif par rapport aux événements de fugues recensés au quotidien dans les hôpitaux.
- D'un point de vue très général on constate à la lecture de ces quelques dossiers que les services les plus exposés dans les situations de fugues sont les SAU et les services d'hospitalisation en général.

Lorsqu'il y a un contentieux (la famille ayant décidé de rechercher la responsabilité administrative de l'hôpital et d'obtenir une réparation pécuniaire) le schéma d'analyse du juge suit une trame caractérisée par les 3 critères précédemment définis. Il s'agira en outre d'une analyse *in concreto* (c'est-à-dire au cas par cas). La traçabilité des informations dans le dossier du patient est essentielle. Le coût de l'indemnisation, quand elle existe, n'est pas davantage significative mais bien plus symbolique.

En revanche, le risque médiatique est toujours patent et bien réel.

Les situations extraites des dossiers de la DAJ se révèlent diverses et variées mais peuvent nourrir la réflexion.

Il convient de préciser que ne sont pas recensés dans la présente étude les dossiers de la DAJ qui concernent les fugues de patients suivies de suicides, patients dont la prise en charge relève d'établissements psychiatriques spécialisés.

**11 dossiers** DAJ ainsi recensés entre 2006 et 2012 dont :

- 9 concernent des patients présentant des syndromes confusionnels+++ compte tenu de leur âge et de leurs pathologies

- 1 concerne un patient ayant présenté une crise d'angoisse++, a fugué sans séquelle
- 1 concerne un patient suicidaire++ avec passage à l'acte réussi

**Sur ces 11 dossiers** : 2 dossiers avec procédure pénale (plaintes mais pas de suites judiciaires connues de la DAJ), 6 dossiers gérés en amiable par la DAJ (dont 4 qui ont donné lieu à une indemnisation des demandeurs et 2 qui ont fait l'objet d'une décision de rejet de la demande d'indemnisation) et 3 au contentieux devant le tribunal administratif (contestation de décision de rejet ou non accord sur la somme indemnitaire allouée).  
Aucun contentieux en lien avec une absence de bracelet électronique « anti-fugue ».

## 2- Exemples de dossiers de l'AP-HP traités par la DAJ

### **1<sup>er</sup> dossier : Henri MONDOR, Consorts H, 2007**

Un patient s'est spontanément présenté au SAU de l'hôpital Henri MONDOR pour une crise d'angoisse

Compte tenu de l'urgence dans laquelle son hospitalisation a été décidée, de l'heure avancée et de l'absence de place dans le service de psychiatrie, le service des urgences s'est trouvé dans l'obligation d'assurer la surveillance de ce patient.

C'est précisément au cours du temps d'admission en service de psychiatrie et de l'organisation du transfert du patient que ce dernier a fugué

Il a été retrouvé sain et sauf

Le patient et sa mère ont formulé une réclamation préalable indemnitaire au titre de leurs préjudices propres dans les suites de ces événements (ils invoquaient notamment un préjudice moral du fait d'un défaut de surveillance)

L'AP-HP, estimant que sa responsabilité ne pouvait être retenue dans cette affaire dans la mesure où aucun défaut de surveillance n'était caractérisé en l'espèce, a rendu une décision de rejet en 2007 laquelle, n'ayant pas été contestée, est devenue définitive.

Il n'y a pas eu de suite contentieuse dans cette affaire.

### **2<sup>ème</sup> exemple : Avicenne, R 2011**

Syndrome confusionnel post-opératoire

Chute d'une patiente du toit de la terrasse du bâtiment où elle était hospitalisée dans les suites d'une intervention chirurgicale.

Elle aurait donc présenté un syndrome confusionnel post-opératoire.

Problématique de la sécurité des portes d'accès à l'extérieur des bâtiments révélée par cette affaire.

Refus de la famille de la transférer dans un autre établissement.

Refus de la patiente et de la famille d'être reçues par l'équipe de direction.

Plainte déposée apparemment pour blessures involontaires ou omission de porter secours, enquête de police judiciaire avec auditions de personnels de l'hôpital mais pas de suites pénales connues à ce jour (classement sans suite probable par le procureur de la République).

### **3<sup>ème</sup> exemple, Paul BROUSSE, Y, 2010**

Syndrome confusionnel probablement lié à la pathologie du patient (encéphalopathie hépatique)

Patient hospitalisé en hépatologie

6h00 : heure du dernier passage de l'IDE, le patient est dans sa chambre

7h30 : l'AS constate la disparition du patient- recherches immédiates mais infructueuses au départ.

Famille informée par l'hôpital,

L'un des fils du patient a (avec un agent de l'hôpital) retrouvé le corps de son père allongé au bas de la rampe d'accès en sous-sol d'un bâtiment (parking désaffecté)

Patient décédé des suites d'une hypothermie

Enquête ARS

Problème dans ce dossier : rédaction du certificat de décès sans indication de l'obstacle médico légal et sans appel des services de police ; les services de police ont reproché sèchement à l'hôpital ce certificat de décès qui ne devait pas être établi.

Mars 2011 : la famille a fait une réclamation préalable mais il n'y a pas eu de suite contentieuse.

**4<sup>ème</sup> exemple : SAU TENON, A, 2006**

Fugue d'une patiente du SAU puis suicide à domicile par intoxication médicamenteuse+alcool

Jeune femme de 31 ans transportée au SAU de Tenon à 5h38 (heure d'admission)

Accueillie par l'IAO occupée avec un autre patient (car intervention nécessaire en salle de déchoquage)

La jeune femme a ainsi été laissée seule quelques instants dans l'attente d'un box d'accueil et d'orientation. Elle a fugué au court de ce bref laps de temps.

Dès la disparition constatée les recherches ont immédiatement été entreprises dans le service, sans succès.

La patiente est retournée à son domicile et s'est défenestrée dans la cour de son immeuble et a été retrouvée décédée à 8H30.

2006 : année de la réclamation préalable de la mère.

Décision de rejet de l'AP-HP

Décision contestée devant le tribunal administratif de Paris,

Le tribunal a reconnu la responsabilité fautive de l'APHP sur le fondement d'un défaut de surveillance car : « *le personnel du SAU aurait dû assurer une présence constante auprès de la patiente et faire procéder à un examen psychiatrique ; la décision de la laisser sans surveillance constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service* » ;

Montant de l'indemnisation : 8000€ versés à la mère de la patiente au titre de son préjudice moral + 1500€ au titre des dispositions de l'article L.761-1 du Code de justice administrative

**5<sup>ème</sup> exemple : SAU Bichat, R, 2010**

Etat pseudo-démontiel

Patiente de 89 ans hospitalisée dans une maison de retraite accompagnée au SAU de Bichat par un agent de la maison de retraite et « déposée » à 8h10 dans le service.

Les infirmières ont demandé à son accompagnatrice de rester mais celle-ci est partie

Les IDE ont alors « organisé » la surveillance de la patiente en attendant qu'elle soit examinée

12h10 : ramenée par les IDE auprès de son accompagnatrice

12h15 : la patiente fugue - procédure de fugue immédiatement mise en place

16h26 : ramenée par les pompiers au SAU après avoir été renversée par une camionnette, diverses fractures au visage

Réclamation indemnitaire formulée par la patiente par l'intermédiaire de son avocat...

Décision de rejet de l'AP-HP

Contentieux devant le tribunal administratif de PARIS : où une expertise avant-dire droit a été prononcée.

L'APHP a été reconnue responsable dans cette affaire car :

- l'accompagnatrice aurait quitté le service à la demande du personnel
- selon l'expert il aurait fallu organiser une surveillance constante et en s'abstenant de le faire, l'APHP a commis une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

Montant de l'indemnisation : 2150€ (quantum doloris + préjudice esthétique de la patiente) + 1200€ d'expertise +1500€ de frais irrépétibles

**6<sup>ème</sup> exemple : LA ROCHEFOUCAULD, F**

Troubles cognitifs très importants et accident de la circulation après fugue,



Patiente hospitalisée qui avait fugué du service avant de déambuler jusqu'au RER, de prendre le train et de descendre à Drancy pour marcher jusqu'à une route nationale où elle a provoqué un important accident de la circulation

Affaire relayée dans la presse

Défaut de surveillance (non)

Procédure contentieuse devant le tribunal administratif : pas de condamnation de l'AP dans cette affaire car la patiente avait été vue 15-20 minutes avant sa disparition (point noté au dossier)

Pas de suites judiciaires mais mesures correctrices à l'hôpital = fermeture de l'issue de l'hôpital qui se trouvait face à la gare RER

#### **7<sup>ème</sup> exemple : SAU Tenon, B, 2010**

Etat psychotique aigu

SAU Tenon, le patient s'y présente de lui-même. L'IAO note « motif de la consultation : occlusion »

Le médecin relève lors de l'examen clinique les antécédents psychiatriques du patient ainsi que l'agitation et la peur de mourir qu'il exprime

Il sera vu par un psychiatre qui prescrit dans les suites de son examen clinique une contention et une surveillance.

Une HDT est demandée avec un transfert sur l'hôpital de Maison Blanche (hors AP), hôpital correspondant au secteur psychiatrique dont dépend le patient.

Il est installé dans un box du service des urgences.

Il fugue du SAU en sautant d'une fenêtre du 1<sup>er</sup> étage

Il est rapidement retrouvé puis transféré dans le service de psychiatrie de Maison Blanche.

Réadressé à Tenon pour une fracture du calcanéum

Le patient a formulé une réclamation indemnitaire auprès de l'AP-HP s'estimant victime d'un défaut de surveillance et d'une fracture

Le médecin-conseil de l'AP a conclu à la responsabilité de l'hôpital dans la mesure où le patient a réussi à se libérer de ses contentions et à fuguer en sautant de la fenêtre du box des urgences qui n'était pas fermée.

Mais il n'y a eu aucune suite dans ce dossier le patient ne s'étant plus manifesté auprès de la DAJ dans le prolongement de sa réclamation et malgré notre relance.

#### **8<sup>ème</sup> exemple : USLD, HEGP, G, (2009)**

Syndrome confusionnel

Patient de 95 ans hospitalisé en USLD

En raison d'une réorganisation des locaux de son unité d'hospitalisation il est placé en chambre double

Le fils du patient a souhaité que son père reste en chambre individuelle et qu'il soit transféré en USSR

Novembre 2009 : il se déplace en fauteuil roulant dans les locaux de l'USSR et réussit malgré son handicap à franchir les portes battantes = chute dans les escaliers

Transfert immédiat à l'HEGP et pris en charge. Pas de séquelles

Mesures correctives : installation de poignées spécifiques aux portes d'accès aux escaliers et sensibilisation accrue des équipes soignantes

Réclamation du fils (également tuteur) par l'intermédiaire de son avocat, indemnisation accordée sur la base d'un QD de 2/7 + frais d'hopi HEGP

Règlement amiable de ce dossier par transaction avec Montant total de l'indemnisation: 2000 € + frais d'hospitalisation

#### **9<sup>ème</sup> exemple : Ste PERINE, P, 2009**

Fugue, décès dans l'enceinte de l'hôpital, presse (oui)

Circonstances semblables au dossier de Mme T de janvier 2013

20h : la patiente est vue dans le service

20h30 : alerte disparition constatée par le personnel

22h : retrouvée par le maître-chien, décès constaté à 22h30, fils prévenu

Réunion organisée par la Direction de l'hôpital avec le fils

Affaire relayée par la presse

Réunion interne

Aucune suite juridique, la famille ayant été satisfaite des explications données par l'hôpital et des mesures prises

**10<sup>ème</sup> exemple : AVICENNE, G, 2012**

Patient fugueur, très désorienté, syndrome frontal

Juin 2011 : le patient arrive au SAU, admis en neurologie à J+2 pour altération de l'état général

Syndrome frontal associé à une amnésie qui développe en lui une volonté incessante de partir

Il sort régulièrement du service à l'insu du personnel, il est régulièrement reconduit dans le service de neurologie par les équipes de sécurité de l'hôpital et le personnel du service le cherche dès que son absence est signalée

4 fugues au cours de son hospitalisation signalées comme importantes à la police dont une qui a duré plus de 24h

Surveillance particulière organisée dans le service

La dernière fugue date de 2012, il sera retrouvé décédé dans une cour intérieure d'immeuble proche de la gare RER de Noisy. La police pense qu'il serait tombé du toit de l'immeuble, du 3<sup>ème</sup> étage car chaussure retrouvée dans la gouttière.

Enquête judiciaire de recherches des causes de la mort

En attente de réclamation indemnitaire de la part de sa famille (ex-femme et fille)

Le chef de service a signalé la même année l'hospitalisation d'une patiente du même profil que le patient dans son service.

= inquiétude des chefs de service de ne pouvoir assurer la surveillance de ces patients compatible avec leur état, car le service n'est pas organisé ni configuré pour ...

**11<sup>ème</sup> exemple : Henri MONDOR-Albert CHENEVIER, G ;, 2012**

Un patient ressortissant étranger a été pris en charge en mai 2009 dans le service de neurochirurgie d'un hôpital de son pays pour des troubles de la mémoire et un syndrome confusionnel. Une IRM a mis en évidence un kyste colloïde du troisième ventricule. C'est dans ces conditions que le patient a été pris en charge dans un service de neurochirurgie de l'APHP où une hospitalisation de 5 jours a été programmée. Le patient a été hospitalisé le 5 octobre, la veille de son opération, et a subi en soirée une IRM.

A l'issue de l'examen, le patient est laissé seul en salle d'attente d'où il a fugué vers 18h10.

Les recherches engagées tant par sa famille que par les autorités publiques sont restées vaines.

Neuf jours plus tard, le 14 octobre, le patient est retrouvé en bord de Seine, en état d'hypothermie et de désorientation et est transporté au service des urgences de l'hôpital de Longjumeau où, dépourvu de documents d'identité, il est admis sous une identité erronée.

Le lendemain, face à ses troubles neurologiques, le patient est transféré vers un nouveau service de neurochirurgie de l'APHP (autre que celui dans lequel l'hospitalisation était initialement programmée) où il y est admis sous la même identité, erronée, que celle communiquée à Longjumeau. Le diagnostic de kyste colloïde a également été posé, pour lequel il sera opéré.

Ce n'est que le 25 novembre 2009, aux termes d'un délai de 51 jours, que l'APHP a pu faire le lien entre la disparition de ce patient dans son premier hôpital et son hospitalisation dans le second établissement.

Il est à noter que le second hôpital aurait dû enregistrer le patient par le biais de la lettre « X » sur le logiciel GILDA permettant ainsi au service central des recherches de patients hospitalisés de repérer cette situation et de faire rapidement le lien avec la disparition initiale du patient qui lui avait été signalée.

Enfin, le patient a de nouveau fugué le 29 novembre et a été retrouvé dès le lendemain.

Par décision en date du 23 avril 2013, le Tribunal administratif de Paris a jugé que « le manque de surveillance de M. X. et le délai anormalement long au terme duquel il a pu être identifié, constituent des fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier » et a condamné l'APHP à verser 5 000 euros à ce patient.

Il est à noter que la famille avait parallèlement engagé des frais de recherche (notamment appel à un détective privé, publications dans la presse écrite) et que ceux-ci, présentant un lien direct certain avec la faute commise, pourront être remboursés sur présentation des factures correspondantes.

### **3- Exemples extraits de la jurisprudence administrative (établissements hors AP-HP)**

❶ **CAA Bordeaux, 23 novembre 1993** : patiente de 80 ans hospitalisée à 11 heures et ayant quitté clandestinement l'établissement le même jour en fin d'après midi.

Recherches (des services de police) vaines

Retrouvée morte 3 jours plus tard dans un immeuble en construction

Décès imputé aux conséquences de sa tumeur cérébrale.

- pas de responsabilité pour défaut de surveillance car elle présentait quelques troubles du comportement. Mais ces troubles, compte tenu de son âge n'étaient pas de nature à la considérer comme devant faire l'objet de mesures de surveillance particulières
- faute du centre hospitalier qui a omis de prévenir la famille de sa disparition mais pas de lien de causalité entre cette faute et le décès (centre hospitalier déclaré non responsable)

❷ **CAA Lyon 10 janvier 2008** : patient de 54 ans adressé par son médecin psychiatre dans un centre de long séjour en raison d'une démence sénile d'intensité moyenne

Un mois après son admission, après déjeuner, il s'enfuit de l'établissement.

Son corps est retrouvé 20 jours plus tard sur une commune voisine au fond d'un ravin où il a fait une chute.

- pas de défaut de surveillance et pas de responsabilité de l'établissement car ce centre de long séjour était conçu pour des patients ne relevant pas d'un enfermement psychiatrique et était adapté à son état.
- Pas de non respect des obligations de l'établissement car au moment de la disparition, le patient se trouvait dans le jardin donnant sur la salle à manger qui était entouré de murs de 2 mètres de haut et que la porte de la salle à manger était équipée d'un digicode dont le numéro était connu du seul personnel du centre. Le fait qu'il ait pu s'échapper, et même s'il présentait une « tendance à fuguer » nécessitant des « moyens appropriés » ne suffit pas à démontrer un défaut de surveillance.

**ANNEXE N°13**

**Modèle de lettre aux familles**

Madame, Monsieur,

Votre parent est accueilli le ..... dans l'hôpital....., dans le service (ou unité) de .....

L'équipe hospitalière de l'unité et en particulier les médecins et les soignants ont été sensibilisés au fait que votre parent présente des troubles de la compréhension et de l'orientation temporelle et spatiale.

En conséquence, les personnels soignants de l'équipe peuvent être amenés à exercer, avec les moyens dont ils disposent, une surveillance du patient qui, ponctuellement ou de façon plus constante, doit parfois être renforcée, notamment quand il/elle présente par son comportement des risques pour lui/elle-même. C'est le cas en particulier s'il existe un risque de sortie inopinée du service ou de « fugue », au nom de la sécurité même du patient, en situation de vulnérabilité.

Pour cela, nous nous devons de vous informer qu'après évaluation régulière de l'état de santé du (de la) patient(e) et sur prescription d'un médecin, des mesures peuvent être prises dans son intérêt : il peut s'agir, de mesures qui limitent ses allées et venues et renforcent sa surveillance, notamment par la pose de « bracelets électroniques » signalant ses sorties du service.

Ces mesures sont d'autant plus nécessaires qu'une surveillance visuelle constante de chaque patient est matériellement impossible.

Nous avons conscience que ces mesures pourraient susciter des interrogations de votre part.

Les soignants sont à votre disposition pour vous en expliquer les motifs et vous détailler en quoi elles paraissent ponctuellement nécessaires, dans l'intérêt du patient et pour sa propre sécurité.

Modèle de fiche de signalement de sorties de patients à l'insu du personnel

**Nom de l' Hôpital**

**Adresse**

**Coordonnées téléphoniques et fax du service à l'origine de la diffusion coordonnées du responsable de la Sécurité**

**Coordonnées de l'administrateur de garde**

**Déclaration de sortie d'un patient à l'insu de l'unité de soins**

**Renseignements sur la disparition :**

Date :

Heure :

Hospitalisé(e) dans le service : .....Bât.....étage.....autre.....

Nom, Coordonnées téléphoniques et fax du Cadre infirmier ou autre personne à joindre dans le service :

**Renseignements sur la personne :** (éventuellement \_ETIQUETTE code barre)

***Nom :***

***Prénom :***

Date de naissance :

Adresse domicile :

Personne à prévenir (coordonnées):

**SIGNALEMENT :**

Type :

Age apparent :

Taille :

Corpulence :

Aspect et couleur des cheveux :

Yeux :

Tenue vestimentaire :

Langue parlée (ou ne parle pas):

Handicap ou vulnérabilité particulière (mobilité, surdité, cécité, etc) :

Signes particuliers :

**Motifs et circonstances de la disparition :**

**Renseignements particuliers :**

Personne confuse ou désorientée :                    oui                    non (décrire les troubles du comportement si oui)

Personne dangereuse pour elle même (décrire si oui) :                    oui                    non

Personne dangereuse pour autrui (décrire si oui) : oui non  
Autres informations utiles pouvant faciliter les recherches :

**DIFFUSION :**

Systematique par fax au service de recherche des patients de l'AP-HP(Siège) : 01 40 27 19 87

Au commissariat de Police ou unité de gendarmerie de .....fax  
.....(après premières recherches infructueuses)

Famille avisée (indiquer quelle personne si oui) : oui non

**CESSATION DES RECHERCHES** le : ( date et heure)

**Motif :**

Transmission de l'information :

Systematique au service de recherche de l'AP-HP

Au commissariat de Police ou à unité de gendarmerie

## PRÉCONISATIONS : DISPOSITIONS TECHNIQUES GÉNÉRALES DE SÉCURITÉ PRÉVENTION DES FUGUES

Les dispositions techniques pour assurer la sécurité des patients et la surveillance permanente des issues des bâtiments d'hospitalisation vers l'extérieur sont de plusieurs types.

Ces recommandations doivent s'inscrire dans un plan pluriannuel d'investissements en lien avec les schémas directeurs immobilier et anti-malveillance.

### 1. BÂTIMENT

#### *Extérieur du bâtiment*

- Installation de clôtures limitant les zones de promenade de patients.
- Éclairage des allées piétonnes s'effectuant au moyen d'éclairages directionnels avec détecteur de proximité et capteur de luminosité.

#### *Intérieur du bâtiment*

- Ascenseurs/portes automatiques : prévoir un dispositif de commande limitant les accès des ascenseurs et portes automatiques, en conformité avec la réglementation incendie : digicodes électroniques sur les boutons de commande des ascenseurs, commandes intérieures à clé ou à badge pour l'accès à des zones à risques (sous-sol, galerie...), commande manuelle des portes automatiques en dehors des heures ouvrées (les portes automatiques restent asservies à la détection incendie).
- Des marquages au sol ou des trompe-l'œil susceptibles d'arrêter les patients atteints de troubles cognitifs.
- Installation systématique de limiteurs d'ouverture sur les châssis vitrés des chambres permettant de garantir une ventilation suffisante.

#### *Vidéosurveillance*

- Installation d'un système de vidéosurveillance permettant de visionner et enregistrer les axes de circulation et les accès, le report des caméras s'effectuant au PC de sécurité incendie. Il est fortement conseillé l'installation de grands écrans « mosaïque » au PC de sécurité anti-malveillance et en secours au PC des agents de sécurité incendie qui pourraient intervenir en support des agents de sécurité anti-malveillance.

Par ailleurs, un contrat de maintenance devra être souscrit incluant les visites préventives et les dépannages.

#### *Système de communication interne*

- Pour une meilleure réactivité et une efficacité renforcée dans la recherche des patients fugueurs sur un site, il apparaît nécessaire de disposer d'un système de communication interne performant, et en ce sens, l'installation d'un autocommutateur téléphonique nouvelle génération permettant d'intégrer la fonction DECT en cas de mobilisation du personnel.

## **2. PATIENT**

- Des bracelets électroniques anti-fugue pour les patients sur décision médicale (cf. groupe de travail Professeur de Prost) couplés à la vidéo-protection. Ces bracelets sont de type RFID. Cette installation pourrait évoluer vers un système de géolocalisation des patients fugueurs plus performant mais plus onéreux.

## **3. PRÉVENTION**

- Réalisation, une fois par an, d'un exercice concernant la fugue d'un patient afin de contrôler les installations techniques et l'organisation interne.



---

---

## **PRECONISATIONS : DISPOSITIONS TECHNIQUES DE SÉCURITÉ PRÉVENTION DES FUGUES SITE SAINTE PÉRINE**

---

---

Les dispositions techniques pour assurer la sécurité des patients et la surveillance permanente des issues des bâtiments d'hospitalisation vers l'extérieur sont de plusieurs types et comprennent :

- l'installation de clôtures limitant les zones de promenade de patients, particulièrement sur Rossini et Sainte Périne.
- L'amélioration de l'éclairage extérieur au moyen d'appareils d'éclairage directionnels.
- Des dispositifs de commande limitant les accès des ascenseurs et portes automatiques, en conformité avec la réglementation incendie : digicodes électroniques sur les boutons de commande d'ascenseur, commandes intérieures à clé ou à badge pour l'accès aux sous-sols, commandes manuelles des portes automatiques en dehors des heures ouvrées (les portes automatiques restent asservies à la détection incendie).
- Des marquages au sol ou des trompe-l'œil susceptibles d'arrêter les patients atteints de troubles cognitifs.
- L'installation systématique de limiteurs d'ouverture sur les châssis vitrés des chambres permettant de garantir une ventilation suffisante.
- Une installation de vidéosurveillance (en conformité avec la réglementation) comprenant 37 caméras visionnant et enregistrant les axes de circulation et des accès. Le report des caméras de ce système de vidéosurveillance est actuellement réalisé sur des écrans de micro-ordinateurs installés au PC de sécurité incendie. Il est important d'améliorer cette situation en installant des grands écrans « mosaïque » avec balayage des 37 caméras, d'abord au PC de sécurité anti-malveillance et en secours au PC des agents de sécurité incendie qui pourraient intervenir en support des agents de sécurité anti-malveillance.  
Par ailleurs, cette installation doit faire l'objet d'une maintenance suivie au moyen d'un contrat avec une part forfaitaire incluant les visites préventives et les dépannages, et une part à commande permettant d'améliorer l'installation existante au moyen de caméras complémentaires si besoin.
- Des bracelets électroniques anti-fugue pour les patients sur décision médicale (cf. groupe de travail Professeur de Prost) couplés à la vidéo-protection. Ces

bracelets sont de type RFID. Cette installation pourrait évoluer vers un système de géolocalisation des patients fugueurs, plus performant mais plus onéreux.

Par ailleurs, pour une meilleure réactivité et une efficacité renforcée dans la recherche des patients fugueurs sur un site étendu comme Sainte Périne, il apparaît nécessaire de disposer d'un système de communication interne performant, et en ce sens, nous préconisons l'installation d'un autocommutateur téléphonique nouvelle génération permettant d'intégrer la fonction DECT en cas de mobilisation du personnel.

En outre, le GH Sainte Périne-Rossini-Chardon Lagache fait l'objet d'une attention particulière de l'institution dans le domaine de la sécurité incendie puisque depuis 2009 une opération identifiée technique (OIT) de mise en sécurité incendie est en cours de réalisation sur les trois sites pour un montant de 3.000.000 €, en étroite collaboration avec la commission de sécurité de la Préfecture de police de Paris.

Enfin, il serait opportun de réaliser, une fois par an, un exercice concernant les fugues des patients afin de contrôler les installations techniques et l'organisation interne.

**En conclusion, les mesures de protection physique sur site et les améliorations techniques apportées depuis janvier 2013 nous apparaissent satisfaisantes. Toutefois, certaines évolutions techniques au niveau de la vidéosurveillance, du système anti-fugue et des moyens de communication seraient de nature à renforcer la sécurité des patients.**