



Groupe de travail sur les bonnes pratiques en matière de sécurité des patients âgés atteints de troubles cognitifs

Présentation du rapport

Pr Yves de PROST



Commission Médicale d'Établissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
10 septembre 2013



Rappel de la mission

Suite au décès d'une patiente survenu à l'hôpital Sainte-Périne le 18/01/13, la Secrétaire Générale de l'AP-HP a confié deux missions :

- au Pr Yves de Prost 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
- au général Gérard Browne (puis au général Jean-Michel Olivieri) et à Serge Verdier et Jean-Claude Richard, ingénieurs généraux, pour piloter un groupe de travail sur les dispositions techniques de sécurité et l'organisation des recherches





Principaux objectifs

En complémentarité des recommandations déjà formulées dans le cadre du rapport 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 deux groupes de travail est d'établir des recommandations institutionnelles en matière de dispositifs de prévention des fugues des patients âgés désorientés à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et de recherche efficace de ces patients en cas de fugue.





Composition du groupe de Prost

- **Pr Yves de Prost** (médiateur médical central de l'AP-HP, pilote du groupe de travail, 3CU)
- **Pr Christian Richard** (responsable 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)
- **Philippe Le Roux** (directeur de l'hôpital Emile-Roux)
- **Danièle Drevet** (représentante des usagers / GRAF / 3CU)
- **Marjorie Obadia** (directrice adjointe de la DAJ)
- **Roselyne Vasseur** (directrice de la DSAP)
- **Chantal Cadoz-Hernandez** (DSAP)
- **Magali Richard-Piauger** (chef du département de la médiation et de la responsabilité hospitalière / DAJ)
- **Corinne Lamouche** (coordinatrice des services sociaux hospitaliers / DSPC-DAJ)
- **Anne-Claude Le Voyer** (directrice du Département des Droits du Patient et des Associations / DSPC)
- **Dr Marie-Laure Pibarot** (DMA)
- **Dr Catherine Trophilme** (DMA)
- **Françoise Zantman** (Coordinatrice Générale des Soins / GH HUPSSD)
- **Virginie Gattolliat** (cadre de santé à l'hôpital René Muret)
- **Philippe Romano** (représentant des usagers)





Composition du groupe Olivieri/Verdier/Richard

Ont été associées aux travaux du groupe :

- 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)





Calendrier

- Lettres de mission Secrétaire Générale en date du 25/01/13
- Quatre réunions du GT de Prost
- Deux réunions du GT Olivieri / Verdier / Richard
- Une réunion de mise en commun des travaux, avec la participation du Pr Emmanuel Hirsch (Directeur de l'Espace Ethique de l'AP-HP)
- Présentation en QSS-CAPCU de la CME le 16/05/13
- Présentation en 3CU le 27/05/13
- Présentation à la Secrétaire Générale et validation le 30/05/13





Recommandations pour les sites de l'AP-HP

- Etat des lieux, fréquence
- Diagnostic des personnes à risque
- Prévention des fugues
- Moyens, discussions éthiques
- Recommandations en cas de fugue pour les recherches
- Discussion juridique
- Diffusion





Objectivation de la notion de fugue

- La fugue est le fait de quitter l'unité d'hospitalisation à l'insu du personnel. Il peut s'agir d'un événement sans conséquences graves, mais certaines fugues sont des EIG (cinq décès recensés suite à des fugues à l'AP-HP dans les cinq dernières années).
- 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.





Etat des lieux des fugues à l'AP-HP

- **Nous ne disposons d'aucun chiffre précis** 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.

- **Recommandations / réalisations:**
 - Proposition de PHRI sur ce sujet
 - Evolution de l'outil Osiris sur cet item
 - Envoi systématique et rapide d'une fiche standardisée de signalement au service des « recherches de patients hospitalisés »
 - Actualisation du mémento de l'administrateur de garde : fiche n°44 intitulée « Sortie à l'insu du service : les fugues ».





Objectivation des critères médicaux de risque de fugue

- On distingue deux niveaux de risques :
 - Niveau 1 (population à risque) :
 - capacités motrices préservées ;
 - désorientation temporo-spatiale ;
 - maladie d'Alzheimer ou apparentée, démence ;
 - syndrome confusionnel ;
 - hallucinations ;
 - syndrome délirant ;
 - dépression majeure (éventuellement).
 - Niveau 2 (passage à l'acte redouté) :
 - antécédent de fugue à domicile, à l'hôpital ou en établissement médico-social ;
 - hospitalisation récente ;
 - verbalisation de l'intention de partir, de rentrer chez lui ou de retrouver une personne particulière ;
 - 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.





Les mesures de prévention

- Il est 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).
- 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**.
- Toute limitation de déplacement comme toute contention doit faire l'objet d'une **prescription médicale** reportée dans le dossier médical (DM), suite à une décision d'équipe.
- Elle doit faire l'objet d'une **information aux familles** (lettre-type qui pourrait figurer dans le livret d'accueil et dans le DIPEC)
- Elle doit être **individualisée et réévaluée** régulièrement.
- Elle doit être **tracée**.





Les moyens à déployer

- Ressources médico-soignantes formées (patients lourds)
- Différents types de contention
- Parcours de déambulation
- Dispositifs de surveillance (caméras, bracelets électroniques, formation des personnels)
- Sécurisation des accès (portes, jardins, éclairages, codes)
- Conciliation avec les impératifs de la sécurité-incendie





Organisation des recherches

- Dès la disparition constatée : recherches dans le service et dans les services voisins à la charge des personnels soignants.

- Dès la disparition confirmée, les recherches sont alors dirigées depuis le PC sécurité dans l'enceinte de l'hôpital par l'administrateur de garde (chef de sécurité si présent) qui :
 - rassemble tous les personnels disponibles,
 - définit à partir du plan de l'établissement les axes ou secteurs de recherche,
 - exploite les moyens techniques existants (vidéo protection, bracelets....) pour l'orientation des recherches,
 - déclenche la procédure de recherches en informant le commissariat,
 - demande le concours d'une équipe cynophile de recherche.

- Le service de l'AP-HP chargé des recherches de patients et des disparitions inquiétantes doit être informé.





Enjeu juridique

- Risque de mise en jeu d'une responsabilité administrative ou individuelle d'un médecin
- Entre 2009 et 2012 : dix dossiers de réclamations indemnitaires relatifs à des cas de « fugue », dont trois dossiers avec une dimension médiatique
- Caractère fondamental de la traçabilité
- Enseignements de la jurisprudence en termes de leviers :
 - notion de prévisibilité ;
 - notion de comportement général de prévention du personnel soignant (adapté à l'état connu du patient et tracé) ;
 - organisation matérielle du service, selon ses spécificités, et aménagement des lieux.





Enjeu éthique

- 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.
- Les 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.
- Les décisions doivent être personnalisées, avec un souci constant de la qualité des soins et du respect de la personne humaine.
- Seront particulièrement considérées les questions d'acceptabilité des mesures (par les patients, les familles et les professionnels).
- Le souci de la liberté doit être mesuré au regard des risques encourus par des patients très vulnérables, notamment sur certains sites aux accès peu sécurisés.
- Il est rappelé que le bracelet électronique est une mesure d'exception et qu'aucune systématisation n'est préconisée.





Evaluation et diffusion

- 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, à des fins de comparaison.
- 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 (représentant de la CMEL, CLSIRMT, Direction qualité, GDR, CRUA, RU). Les comités d'éthique locaux peuvent être invités à s'associer à cette démarche.
- Ce rapport devra être présenté aux professionnels via différentes instances et équipes (CME et CME locales, CSIRMT, CRUQPC, équipes mobiles de gériatrie, DSPC (secteur RPH du DDPA), etc.) et les recommandations qui en découlent devront être enseignées lors des formations, initiales comme continues.





Annexes

- deux lettres de mission SG en date du 25 janvier 2013
- composition des groupes de travail
- document publié en 2004 par l'ANSM sur la sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les sujets âgés atteints de démence
- critères 10-e et 20-b du manuel de certification HAS (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté)
- définitions médicales des fugues et des critères de risques de fugue
- version actualisée de la fiche 44 du mémento de l'administrateur de garde (sorties à l'insu du service : les fugues)
- fiche relative à l'organisation d'un dispositif de recherche (Général Olivieri)
- bilan et proposition d'actualisation Osiris sur les déclarations de fugues ou patients égarés
- fiche jurisprudence DAJ sur les fugues
- modèle de lettre aux familles
- modèle de fiche de signalement de sorties de patients à l'insu du personnel
- dispositions techniques générales de sécurité à appliquer à l'ensemble de l'AP-HP
- mesures de protection physique à mettre en œuvre sur le site de l'hôpital Sainte-Périne en prévention des fugues des patients

