

Décès d'une patiente à l'Hôpital Cochin (AP-HP) : Publication des conclusions de l'enquête et des recommandations

A la suite de la survenue du décès d'une patiente dans le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Cochin (AP-HP) le 15 février 2014 :

- Une enquête a été demandée au Bureau d'Enquête-Analyse du Groupe Hospitalier « Hôpitaux Universitaires Paris Centre » (HUPC); elle a été réalisée entre le jeudi 20 février et le mercredi 26 février, en procédant à des auditions de l'ensemble des responsables et des personnels médicaux et non-médicaux concernés, en s'attachant à la reconstitution des faits, à l'analyse des dysfonctionnements et aux actions correctrices pouvant être mises en place ;
- Parallèlement, le président de la commission médicale d'établissement (CME) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, le Pr Loïc Capron, le président de la collégiale des enseignants d'urgence, le Pr Bruno Riou et le président du conseil national de l'urgence hospitalière, le Pr Pierre Carli, ont, en tenant compte des résultats de l'enquête, émis une série de recommandations sur le fonctionnement des urgences, dont certaines ont une portée plus générale que le seul service où s'est produit le décès.

Le directeur général de l'AP-HP attache la plus grande attention à la mise en œuvre de ces recommandations, qu'il rend publiques.

S'agissant du service des urgences de l'hôpital Cochin (AP-HP), les actions correctrices ont été enclenchées dès les premiers constats réalisés. Le suivi de leur mise en œuvre sera réalisé à intervalles réguliers, pour vérifier qu'elles sont bien effectives et pour soutenir le service dans leur application.

Les recommandations émises ayant vocation à trouver leur traduction dans l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP disposant d'un service d'urgence, c'est toute l'institution qui se mobilise pour qu'elles se concrétisent.

Éléments d'enquête recueillis par le Bureau d'Enquête-Analyse du Groupe Hospitalier HUPC

Chronologie des faits

- Contexte et circonstances

Le service d'accueil des urgences (SAU) de Cochin reçoit environ 55 000 patients par an.

Sans revenir en détail sur les évolutions récentes, il faut cependant souligner que ce service est en cours de réorganisation qui ne peut être que progressive et concertée.

Il apparaît lors des entretiens que la fusion de deux sites et de trois équipes (Cochin, Hôtel-Dieu et Mondor) est un défi. Notons aussi que les équipes de Cochin et de l'Hôtel-Dieu ont vu se succéder trois chefs de services, en l'espace d'une année.

Des modifications d'organisation sont en cours. Les présentations des évolutions prévues ont été faites le 27 janvier 2014 à l'équipe médicale, le 28 janvier à 14h00 puis 20h00 à l'équipe paramédicale.

Une procédure de fast-track (circuit court) avec deux pièces dédiées a été mise en place pour la prise en charge des patients en priorité 4 et 5 (basses priorités). Son objectif est de fluidifier les passages de patients sans besoin de soins médicaux complexes qui par conséquent vont sortir.

Dans les périodes d'affluence, cette procédure aboutit à la prise en charge rapide de ces patients, plus rapide que celle des patients triés 3.

Lors de l'accueil administratif, les patients sont équipés d'un bracelet d'identification.

Ils sont ensuite orientés vers l'infirmier d'organisation de l'accueil (IOA) qui leur attribue un ordre de priorité « tri » suivant une échelle à 5 niveaux. Les patients dont l'état requiert une prise en charge immédiate par un médecin (urgence vitale) reçoivent la priorité 1, ceux à voir en moins de 20 minutes, la priorité 2, ceux à voir en moins de 60 minutes, la priorité 3. Les patients de priorité 4 et 5 sont à voir, respectivement, en moins de 2 heures ou 4 heures.

Suivant le niveau de priorisation des patients et leur état général, les patients sont placés en salle d'attente ou en zone d'attente couchée.

Selon les médecins présents, la prise en charge des patients de types 3 à 5 peut être réalisée par des externes, dans un premier temps. Dans le cas, actuellement le plus fréquent, où le fast-track est appliqué, les patients de types 4 et 5 sont vus par un interne et un sénior dédiés. Les patients de type 2 et 3 sont pris en charge initialement par des internes et les patients de type 1 directement par des séniors assistés d'internes.

De 8h00 à 18h00, cinq médecins séniors sont en poste au SAU : l'un est médecin régulateur-trieur (c'est-à-dire qu'il fait l'interface avec l'extérieur, s'assure de la fluidité de la plate-forme et de la prise en charge de tous les patients), il est également en charge du fast-track, un autre est en charge du déchocage et de l'unité de surveillance rapprochée (USR, 6 lits) ; un autre, de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD, 16 lits), et les deux restant sont en charge de l'accueil et du soin.

La mission de médecin régulateur-trieur n'est ni comprise, ni valorisée, de la même façon par les différents médecins qui l'exercent et par différents infirmiers.

De 18h à 8h, deux médecins séniors sont présents pendant la garde, un autre prend une demi-garde de 17h à minuit. Ce dernier prend en charge la fonction de médecin régulateur-trieur et, préférentiellement, le fast-track, pour éviter que sa durée de travail ne soit réduite ou allongée par son temps de transmission. Un des deux premiers médecins prend en charge les patients en urgence vitale (tri 1) et en tri 2 et supervise les internes, l'autre est en charge de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et des patients présents en Unités de soins et de réhabilitations (USR) à 18h avant de venir aider son collègue dès qu'il le peut.

Le samedi, sur les cinq internes présents de jour, deux finissent à 18h30 ; les trois internes de garde arrivent à 13h et finissent le dimanche à 10h.

Deux de ces internes sont aussi de garde d'intérieur. Ils peuvent être appelés, l'un dans les services de l'hôpital Cochin, l'autre dans celui localisé en ce moment à l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce (rocade du service de pneumologie).

Huit infirmières et huit aides – soignants (AS) sont présents de jour (7h-14h20 puis 14h20-21h) et huit infirmières et six AS la nuit (21h-7h).

Le jour de l'événement, la situation en personnel était conforme à ce qu'elle doit être habituellement.

Comme l'ensemble des services d'urgence de l'AP-HP, le SAU de Cochin est équipé du logiciel Urqual qui combine un dossier patient adapté aux services d'urgence et des fonctionnalités aidant à l'organisation de la prise en charge.

Le consultation de chefs d'autres services ne fait pas apparaître de différence dans la façon dont le logiciel est utilisé pour la constitution du dossier du patient. Il semble que l'impression de la fiche IOA soit une pratique courante qui permet au corps médical de se répartir les patients. L'ordre de prise en charge est défini par l'ordre de rangement de l'impression de la fiche IOA dans des bannettes.

À Cochin, les IOA cherchent régulièrement l'historique des passages aux urgences. L'un des chefs de service consultés remarque que cette pratique, utile, n'est pas facile à faire appliquer.

Les sorties sans avis médical sont fréquentes dans un contexte d'attente longue (7 à 12 cas par jour). Ce nombre est stable malgré la récente augmentation des passages quotidiens. Les patients triés 3, arrivés en fin d'après-midi, peuvent s'impatienter entre 20h et 21h, heure du dîner, et repartir par leurs propres moyens. C'est un constat fait par certains membres du service.

Le SAU a recensé 152 passages dans la journée du 15/02/2014, ce qui représente, en moyenne, par période de 12 heures, 13 patients par médecin présent et 25 patients sous la responsabilité des médecins séniors.

Le 15/02/2014, à 18h, tous les lits de l'UHCD étaient occupés alors que l'objectif actuel est que cette unité soit vide à 18h, en début de garde. Un appel, vers 15h, à l'administrateur de garde, avait permis de trouver deux lits d'aval dans les services de l'hôpital. Cinq patients ont pu être transférés, plus tard dans la soirée, vers des services d'hospitalisation, après un tour téléphonique du cadre de nuit. Le transfert d'un sixième, relevant de la spécialité, a pu être ensuite négocié avec un service de chirurgie. Contrairement aux pratiques habituelles, où les transferts sont évités la nuit, ceux-ci se sont poursuivis jusqu'à 3h, le 16/03/2014.

Le médecin sénior en charge de l'UHCD était donc, jusqu'à 02h30, occupé par les transferts des patients de l'UHCD, dans des services d'aval de façon à ce que la prise en charge médicale soit organisée de manière optimale. Il a également fait sortir cinq patients qu'il jugeait stables, pour un retour à domicile. Au matin, les 16 lits de l'UHCD étaient de nouveau occupés et ainsi que deux lits de l'USR.

La patiente est âgée de 61 ans. Une venue précédente aux urgences, en avril 2012, suivie d'une hospitalisation a été retrouvée.

La patiente est amenée à 16h30 au SAU par les pompiers, probablement appelés par son aide-ménagère. Le motif de l'appel était une blessure au pied par un morceau de verre.

Lors de l'accueil administratif, on pose à la patiente un bracelet d'identification.

Elle est vue par l'IOA à 16h48 (18 minutes après son arrivée).

Les documents concernant l'hospitalisation précédente n'étaient pas accessibles au SAU au moment de l'événement.

L'hôpital Cochin a mis en place en 2008 le logiciel Médiweb donne accès aux comptes-rendus d'hospitalisation et d'imagerie. Tous les services n'ont pas encore adopté cette pratique.

{Cette information n'aurait été recherchée que lors de la prise en charge médicale de la patiente. Seul un médecin aurait pu y avoir accès.}

L'infirmière note :

- le motif de consultation « plaie du pied droit » et des commentaires.
- les signes vitaux de la patiente (température, pression artérielle, fréquence cardiaque)

Compte tenu des informations recueillies, la priorité 3 lui est attribuée. L'IOA souhaite pouvoir surveiller cette patiente. Elle la place dans un fauteuil de la zone d'attente couchée, devant les brancards. Cette zone, située en face de son poste, est extrêmement passante puisque c'est le lieu d'entrée dans la zone de soins.

- Déroulement de l'événement

À 21h, l'IOA transmet à sa collègue de nuit les informations, concernant d'une part les patients de la zone couchée et d'autre part les patients de la salle d'attente à revoir. A cette occasion, cette dernière visualise les patients. Une AS prenant son poste mentionne qu'elle a aussi vu cette patiente, couchée dans son fauteuil et consciente.

À 21h18, une AS qui terminait son service passe devant la patiente qui était vivante et mobilisait le drap la recouvrant. À un horaire indéterminé (que nous supposons être entre 21h20 et 21h50), une interne prenant en charge un patient couché sur un brancard, situé derrière la patiente, la voit endormie et respirant. Elle ne constate pas de signes anormaux. Entre 21h30 et 22h00, le cadre de nuit, à l'occasion de son tour de plate-forme, visualise cette patiente semblant dormir, et vivante.

Entre 21h30 et 21h40, un sénior charge une externe du début de l'examen de cette patiente. L'infirmier de la salle de déchocage, qui allait chercher les documents d'admission d'un patient sur l'imprimante, lui conseille de la chercher en salle d'attente et dans la salle d'attente couchée ainsi que devant la salle de radiologie ou à l'extérieur du bâtiment où certains patients vont fumer. L'externe appelle donc la patiente dans ces différentes zones et ne la trouve pas.

L'interne, chargée depuis 14h des patients admis en salle de déchocage, prend le dossier du patient suivant, trié 3 également. L'externe lui rapporte ne pas avoir trouvé la patiente. L'interne lui conseille d'aller aussi appeler dans la partie la plus externe de la salle d'attente (proche de la sortie) : sans résultat. Elle prend alors le dossier de cette patiente et donne le sien à l'externe dans un souci de rapidité d'exécution. Elle poursuit la recherche par appel et conclut à l'absence de la patiente au moment où un nouveau patient, jeune, en arrêt respiratoire, est conduit directement par l'IOA en salle de déchocage. L'IOA prête main-forte pour les soins de ce patient.

L'interne avant de rentrer en salle de déchocage a donné le dossier au sénior, médecin régulateur-trieur, en lui précisant que la patiente ne répond pas aux appels. La patiente est considérée comme sortie sans avis médical, ce qui est compatible avec le motif de passage aux urgences.

L'ensemble des éléments, appuyés par la vérification des images de vidéosurveillance de la salle d'attente, montre que la patiente n'est pas sortie du SAU.

{Trois éléments auraient pu permettre de localiser la patiente :

- la consultation de l'écran de localisation géographique du logiciel Urqual
- une demande directe à l'IOA
- une recherche à partir des bracelets d'identification des patients}

À 21h20, sont présentes, dans la zone de soins, 12 personnes de priorité 2, une personne en déchocage, ainsi que 15 personnes en priorité 3, 5 personnes en priorité 4, 1 personne en priorité 5. Quatre personnes sont en USR et 14 en UHCD ; 2 personnes sont en attente de tri par l'IOA et 7 dossiers doivent être clos.

Ce soir-là, le fast-track ne fonctionnait pas.

Entre 21h40 et 22h00, une AS est passée plusieurs fois devant la patiente et n'a rien remarqué d'anormal.

À 23h, cette même aide-soignante constate que la patiente est blanche, l'installe rapidement dans le bureau de l'IOA et appelle un sénior qui constate le décès et le prononce à 23h10. Le sénior ne tente donc pas de manœuvres réanimatrices. L'examen qu'il pratique ne montre pas de signes évidents de la cause du décès.

La patiente était entourée de 4 personnes dont aucune n'a fait spontanément mention d'une demande ou d'une plainte de cette dernière.

Analyse des causes

L'anomalie qui préoccupe est de ne pas avoir trouvé la patiente et, non pas son décès.

Causes immédiates

La recherche de la patiente n'a pas abouti.

L'échange de dossiers entre l'interne et l'externe dans un but de rapidité d'exécution a entraîné un moindre contrôle du sénior.

La fragilité de la patiente n'était pas décelable lors d'un premier contact, ce qui ne permettait pas d'exclure que la patiente ait pu partir sans attendre les soins.

Cinquante-quatre patients étaient présents au SAU peu avant l'heure où l'on recherche la patiente. Six patients relevaient du fast-track.

Causes profondes

Le logiciel Urqual propose une représentation de l'occupation du service et de la prise en charge des patients. Cet écran permet de localiser les patients. Il n'est pas utilisé par les juniors (temps ? formation ?).

Les séniors n'ont pas conscience de cet état de fait

Urqual ne propose pas, dans la fiche de tri IOA, de champ permettant d'indiquer où sont localisés les patients.

La répartition des patients, au sein de l'équipe médicale, se fait à partir des fiches de tri IOA, imprimées, réparties dans des bannettes correspondant au niveau de priorité. Ces fiches portent en police de taille importante et en gras le motif de la consultation et la localisation de la lésion. Les mentions supplémentaires figurent en tout petits caractères ne permettant pas d'attirer l'attention sur des éléments qui peuvent se révéler importants.

La communication verbale entre les différents intervenants semble peu privilégiée.

La diversité de l'application des nouvelles procédures nous semble liée une intériorisation insuffisante des procédures communes par l'ensemble des praticiens.

Dysfonctionnements

Les diagnostics antérieurs de la patiente portés en hospitalisation n'étaient pas accessibles au SAU ce qui pose le problème de l'accès au dossier du patient. Cependant cette information n'aurait été recherchée que lors de la prise en charge médicale de la patiente. Seul un médecin peut y avoir accès.

Le groupe hospitalier porte actuellement un intérêt particulier aux questions de l'accès au dossier patient dans le cadre de la réponse aux recommandations pour la certification.

Le délai entre l'événement et sa déclaration est imputable à plusieurs facteurs qui tiennent à une méconnaissance des procédures à suivre.

Compléments fournis au rapport établi par le groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Centre* sur l'accident survenu au SAU de Cochin le 15 février 2014, sur lecture

Prs Loïc CAPRON, Pierre CARLI et Bruno RIOU, le 27 février 2014

Cause du décès de la patiente

- Mort subite présumée d'origine cardiaque
- Diagnostic retenu après analyse du dossier médical et scanner post mortem, à défaut d'autopsie refusée par les proches

Recommandations

- Patient du SAU ne répondant pas à l'appel
 - Respect de l'identitovigilance
 - En l'absence de réponse à un appel nominal, les soignants vérifient un à un les bracelets des patients présents dans les zones de surveillance
 - Vérification informatique (URQUAL) de la localisation du patient
 - Interrogatoire des voisins
 - Etc. (procédure complète à établir par soignants experts)

Organisation du service et des soignants

- Optimisation du circuit court
- Médecin sénior régulateur, supervisant l'équipe de garde en étroite coopération avec l'IAO (infirmier d'accueil et d'orientation)
- Dès l'IAO, affectation nominale de tout patient à une équipe soignante identifiée
- Procédure de surveillance des patients en cours de prise en charge et pendant toute sa durée
- Homogénéiser les pratiques des soignants, en particulier dans les services multisites
- Point, en mai 2014, sur la dotation en personnels des SAU de l'AP-HP, suivant la dynamique instaurée par la plateforme des urgences

Informatique au SAU

- Maîtrise du logiciel (URQUAL) par tous les soignants, y compris les étudiants (médecins et infirmiers)
- Exhaustivité du dossier MEDIWEB (en particulier comptes rendus d'hospitalisation) de tous les patients
- Migration URQUAL → ORBIS ; fonctionnalités informatiques adaptées aux urgences et à leurs risques médico-judiciaires

Aval

- Promotion de la charte AP-HP d'aval des urgences (CME du 8 octobre 2013)
- Bilan de son application, GH par GH, au fil des conférences budgétaires et stratégiques du printemps 2014
 - Architecture des services d'urgence
- Identifier les services dont l'architecture n'est plus adaptée à un fonctionnement moderne
- Calendrier AP-HP de mise à niveau de ces services

Procédure d'alerte

- Rappel aux soignants du service et aux personnels administratifs du site sur la procédure d'alerte concernant un événement indésirable (présentée à la CME du 14 janvier 2014), sans court-circuiter les instances responsables, locales (service, pôle, GH) et centrales (direction générale et CME)
- Respect par tous les soignants du secret professionnel, du devoir de réserve et du droit à la vie privée des patients et de leurs proches
- Possible mise en œuvre d'une cellule de soutien psychologique pour l'équipe soignante dès le déclenchement d'une procédure d'événement indésirable grave