

## FICHE RETEX Chute d'un résident en FAM

Mai 2022

 TOUT ETABLISSEMENT



« Le patient porteur d'un handicap :  
adaptions notre prise en charge en conséquences »



Mots clés :

Handicap, prise en charge, chute



Critères HAS :

Droit des patients : 1-2-03

Sécurité des soins : 2.2-032.2-04, 2.2-08, 2.2-09, 2.2-20

Etablissement : 3.1-05



Quand on pense « prise en charge du handicap » en établissement de santé, on évoque souvent l'accessibilité la signalisation, les aides. Pour autant, il est à rappeler que le soin lui-même, les prises en charge (surveillances et thérapeutiques) doivent être adaptées comme le montre cet évènement.

### DESCRIPTION DES FAITS



Mr X est un résident de foyer d'accueil médicalisé. Mr X a un déficit mental et se déplace seul en fauteuil roulant.

Nous sommes en début d'après-midi et Mr X ouvre la porte de secours du service situé au premier étage de la structure. Il se retrouve alors face à l'escalier de secours dans lequel il chute avec son fauteuil. Il est retrouvé face contre terre avec le fauteuil au-dessus de lui car sanglé à celui-ci.

L'équipe en transmission est tout de suite prévenue et accourt auprès du patient. Au regard de la situation, l'infirmière alerte les sapeurs-pompiers qui transportent le patient aux urgences d'un établissement de santé proche. Dès le départ, du patient, l'infirmière contacte les urgences pour assurer les premières transmissions situationnelles et médicales du patient.

Mr X bénéficie d'un bilan scanographique crâne et face qui met en évidence un traumatisme de la face avec fracture. L'avis stomatologique recommande une consultation à distance et le patient est placé en observation pour la nuit. Le lendemain matin, Mr X fait une crise convulsive généralisée.

Dans l'après-midi, au regard de son état physique et des constantes stables, un retour au foyer est décidé sans concertation au préalable avec le foyer. Mr X est alors renvoyé au foyer où il retrouve sa chambre.

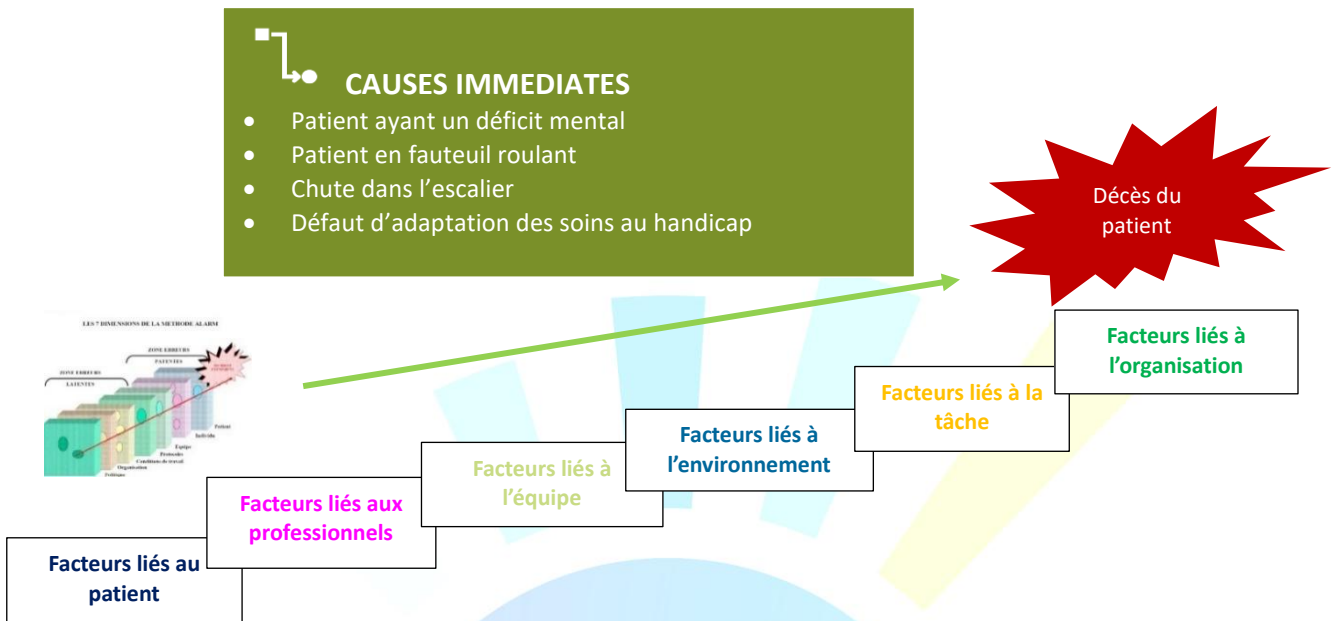
Le lendemain matin, l'infirmière est informée de la chute du patient et de son retour. L'infirmière décide de se rendre avant tout autre soin, auprès de celui-ci pour évaluer son état de santé.

A son arrivée en chambre, Mr X présente des difficultés respiratoires. L'infirmière appelle le SAMU qui effectue un second transfert, dans un autre établissement de santé, le premier étant submergé par les patients COVID arrivant aux urgences. L'infirmière appelle le service des urgences pour prévenir du transfert et transmettre les informations médicales afin d'assurer le suivi de la prise en charge.

Dans ce deuxième ES, un complément de bilan notamment abdominal est réalisé, de l'oxygène est mis en place et le patient est hospitalisé en service de soins.

Le lendemain matin, il est retrouvé en détresse respiratoire. Compte-tenu de ses antécédents il est décidé une abstention thérapeutique. Le patient décède dans les heures qui suivent.

## ANALYSE APPROFONDIE DU CAS SELON LA METHODE ALARM



**CAUSES PROFONDES**

- Porte d'accès à l'escalier de secours non verrouillable en raison de la sécurité incendie.
- Défaut de perception de la douleur et des capacités cognitives du patient lié au handicap par les soignants.
- Absence de formations des soignants de l'urgence au retentissement du handicap sur l'expression des symptômes.
- Retour précoce au foyer par méconnaissance du fonctionnement des structures dites médico-sociales (pas de présence médicale sur ces structures dites « médicalisées » 24h/24/).
- Retour au foyer sans validation soit médical, soit d'une personne qualifiée compétente pour transférer le patient/résident.
- Transfert du patient dans un service d'urgence différent du premier (suractivité liée à l'accueil des patients COVID). Absence de continuité des soins.

**BARRIERES DE RECUPERATION ET D'ATTENUATION EFFICACES :**

- Détection de l'urgence vitale et appel du 15 pour transfert vers un service d'urgence rapidement par le personnel de la résidence.
- Transmissions du dossier patient.
- Appel du service des urgences pour transmettre les éléments médicaux.

**BARRIERES DE RECUPERATION ET D'ATTENUATION INEFFICACES :**

- Défaut de prise en compte du handicap pour la surveillance aux urgences.
- Evaluation de la douleur et des conséquences du traumatisme indépendante du handicap.
- Voie veineuse non posée dans le cadre d'une urgence vitale.
- Pas d'antalgique posé, antalgiques non disponibles.
- Défaut de formation à l'AFGSU.
- Défaut de connaissance par les urgences du niveau de médicalisation.



## ENSEIGNEMENTS : actions d'amélioration

- Sécurisation de la porte de secours
  - Renforcer les grooms des portes
  - Mettre en place une signalétique « attention escaliers derrière la porte » sur la porte du niveau 1.
  - Contacter les organismes agréés (bureau VERITAS, SOCOTEC, APAVE) et le SDIS pour avis et solutions de sécurisation des portes :
    - Installation d'un bouton presseur à actionner avant de pousser la porte.
    - Asservir la porte au système de sécurité incendie.
- Gestion des transferts et des retours d'hospitalisation en foyer
  - Veiller à garder la traçabilité de tous les éléments transmis avec la fiche de liaison.
  - Elaborer un protocole dans le cadre des relations avec les urgences reprenant les modalités d'adressage aux urgences et la validation des retours au sein du foyer.
  - Garder une copie des éléments complémentaires écrits sur les documents de transfert (anamnèse, fiche de liaison) donnés.
  - Informer les partenaires de santé des moyens existants (humains, matériels) et des soins et surveillances réalisables pour anticiper le retour.
- Prise en charge de l'urgence au sein du foyer
  - Disposer d'antalgiques et de protocoles pour une prise en charge immédiate de la douleur.
  - Poser une voie veineuse en attendant les secours.
  - Former tout le personnel à l'AFGSU (AS et Auxiliaire).
- Prise en charge du patient aux urgences générales
  - Adapter la prise en charge des patients ayant un handicap : les expressions, les réflexes, la gestion ou la tolérance de la douleur, la capacité d'expression peuvent être différents.
  - Former le personnel des urgences à la prise en charge de ces patients
  - Améliorer la communication avec le service de résidence pour souligner ces particularités
  - Prendre en compte les informations données par la structure : document descriptif du patient (habitudes de vie, mode d'expression de la douleur par le patient, collaboration passive ou active du patient aux soins) et la synthèse médicale ou infirmière.
  - Favoriser un retour au même site : transfert du patient dans un service d'urgence différent du premier (suractivité liée à l'accueil des patients COVID).



## LIENS UTILES

- [GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES \(has-sante.fr\)](https://has-sante.fr)